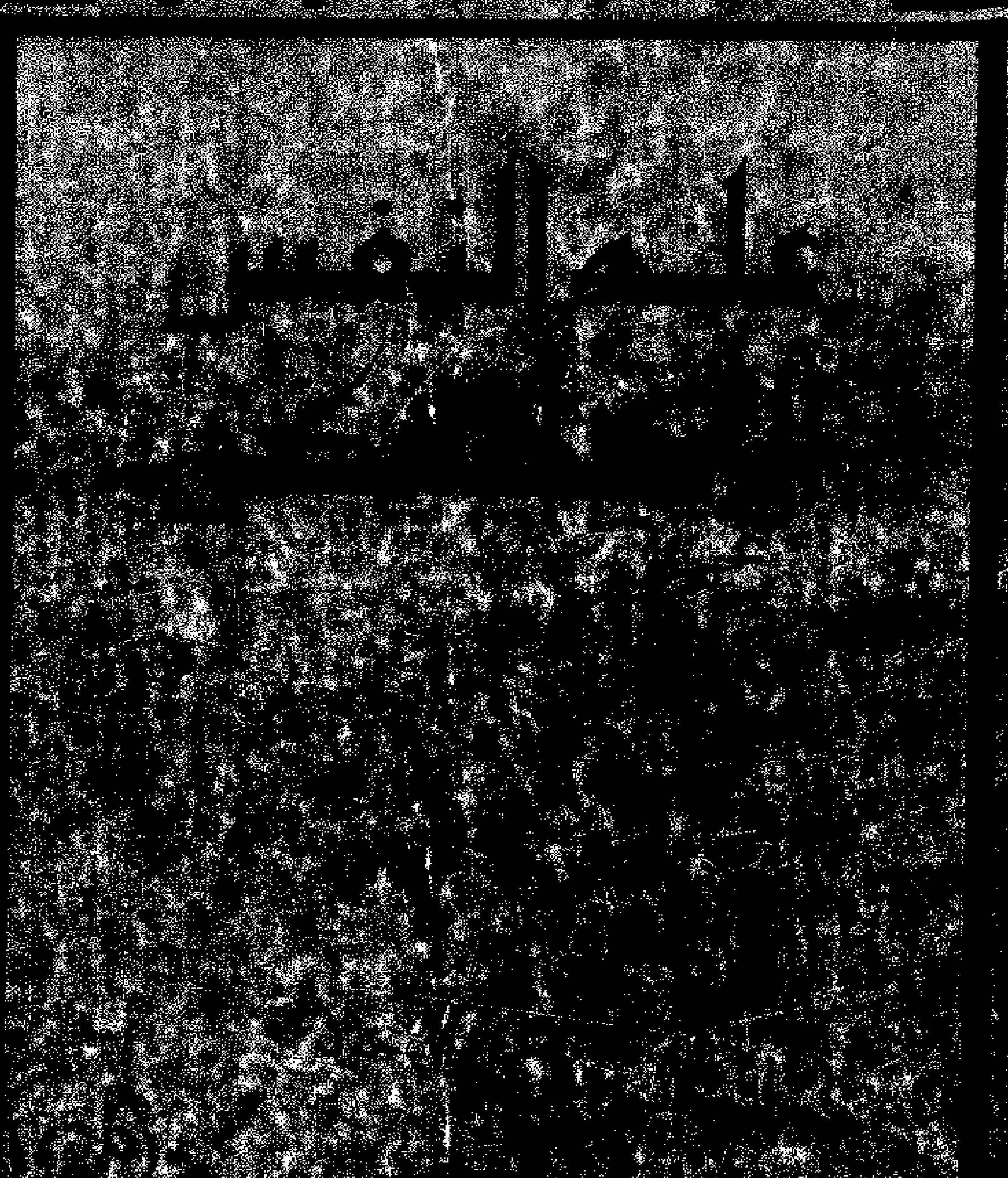

مكتبة أصول علم النفس الحديث
علم النفس


علم النفس
الإكلينيكي

الطبعة الثانية

١٤٠٤هـ - ١٩٨٤م

دار الشروق

بيروت : ص.ب : [illegible] - هاتف : [illegible] - برقيا : داشروق - تلكس : [illegible]
القاهرة : [illegible] شارع جواد حسني - هاتف : [illegible] - برقيا : شروق - تلكس : [illegible]
SHOROUK INTERNATIONAL: [illegible] REGENT STREET, LONDON [illegible] TEL [illegible] TELEX [illegible]



مكتبة أصول علم النفس الحديث
بإشراف الدكتور محمد عثمان نجاتي

علم النفس الإكلينيكي

تأليف
جوليان روتر
مدير برنامج التدريب في علم النفس الإكلينيكي
بجامعة كونيتيكت

ترجمة
الدكتور عطية محمود هنا
أستاذ الصحة النفسية بجامعة عين شمس
وأستاذ علم النفس بجامعة الكويت

مراجعة
الدكتور محمد عثمان نجاتي
استاذ علم النفس بجامعة القاهرة
وجامعة الكويت

دار الشروق

هذا الكتاب ترجمة لكتاب

Julian B. Rotter: Clinical Psychology

2nd edition. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1971.

مكتبة أصول علم النفس الحديث

إن النمو الهائل لعلم النفس والتحامه المتزايد مع العلوم الاجتماعية والبيولوجية قد جعل من الضروري البحث عن أساليب جديدة لتعليمه في المستويات الأولى من التعليم الجامعي. ولم نعد بعد نشعر بالرضا عن المقرر الأساسي التقليدي الذي يُكيَّف عادة لكتاب واحد يحاول أن يعرض كل شيء عرضاً خفيفاً يضحي بالعمق في سبيل الشمول. إن علم النفس قد أصبح متعدد النواحي بحيث لم يعد من المتيسر لأي شخص واحد، أو عدد قليل من الأشخاص، أن يكتبوا فيه عن تمكن تام. والبديل الآخر لذلك وهو الكتاب الذي يهمل ميادين كثيرة رئيسية في سبيل عرض ناحية أو وجهة نظر معينة في علم النفس عرضاً أكثر شمولاً وفعالية هو أيضاً غير كاف، لأن في هذا الحل لا يُعرض كثير من الميادين الرئيسية على الطالب إطلاقاً.

إن مكتبة أصول علم النفس الحديث كانت المحاولة الأولى في إصدار مجموعة من الكتب الصغيرة الحجم التي تتناول موضوعات أساسية مختلفة،

يكتب كلاً منها عالم متخصص كفء. ثم أخذ هذا الاتجاه في التأليف في علم النفس يتزايد بعد ذلك. ولقد كنا متأثرين في إصدار هذه السلسلة من الكتب بفكرة تزويد القائمين بتدريس المقررات العامة في علم النفس بمادة تكون أكثر مرونة من المادة الموجودة في الكتب الحالية الكبيرة ذات الطابع الموسوعي، وعرض موضوع واحد في كل كتاب عرضاً أكثر عمقاً مما لا يتوفر في كتب المداخل التي لا تفرد لهذه الموضوعات عادةً حيزاً كبيراً.

إن أول كتاب في هذه المكتبة ظهر عام ١٩٦٣، وآخرها ظهر في عام ١٩٦٧. ولقد بيع من هذه الكتب أكثر من ربع مليون نسخة مما يشهد على استخدام هذه الكتب استخداماً واسع النطاق في تدريس علم النفس. وقد استخدم بعض كتب هذه المكتبة ككتب إضافية، واستخدم بعضها كالكتاب المقرر في كثير من مقررات المرحلة الأولى الجامعية في علم النفس، والتربية، والصحة العامة، وعلم الاجتماع. كما استخدمت مجموعة من كتب هذه المكتبة ككتب مقررة في المقررات التمهيدية في علم النفس العام في المرحلة الأولى الجامعية. وقد ترجم كثير من هذه الكتب إلى ثماني لغات هي الهولندية، والعبرية، والإيطالية، واليابانية، والبولندية، والبرتغالية، والإسبانية، والسويدية.

ولوجود اختلاف كبير في زمن نشر هذه الكتب، ونوع محتوياتها فإن بعضها يحتاج إلى مراجعة، بينما بعضها الآخر لا يحتاج إلى ذلك. ولقد تركنا اتخاذ هذا القرار إلى مؤلف كل كتاب فهو الذي يعرف جيداً كتابه من حيث علاقته بالوضع الحالي للميدان الذي يتناوله الكتاب. وسيظل بعض هذه الكتب بدون تغيير، وبعضها سيعدل تعديلاً طفيفاً، وبعضها سيعاد كتابته كلية. ولقد رأينا أيضاً في الطبعة الجديدة لهذه المكتبة أن يحدث بعض التغيير في حجم بعض الكتب وفي أسلوبها لتعكس بذلك الطرق المختلفة التي استخدمت فيها هذه الكتب كمراجع.

لم يكن هناك من قبل على الإطلاق اهتمام شديد بالتدريس الجيد في كلياتنا وجامعاتنا كما هو موجود الآن. ولذلك فإن توفير الكتب القيمة والمكتوبة جيداً والمثيرة للتفكير والتي تلقي ضوءاً على البحث المتواصل المثير عن المعرفة يصبح متطلباً أساسياً. ويصبح ذلك ضرورياً على وجه خاص في مقررات

المرحلة الأولى الجامعية حيث يجب أن تكون في متناول يد عدد كبير من الطلبة كتب تمدهم بقراءات مناسبة. إن مكتبة أصول علم النفس الحديث تمثل محاولتنا المستمرة لتزويد مدرّسي الكليات بالكتب المقررة التي يمكننا تأليفها.

ريتشارد س. لازاروس
(المشرف على إصدار المكتبة باللغة الانجليزية)

المحتويات

صفحة

تصدير الطبعة العربية

علم النفس الإكلينيكي هو أحد المجالات التطبيقية الهامة لعلم النفس، وهو يُعْنَى أساساً بمشكلة التوافق الإنساني بهدف مساعدة الإنسان ليعيش في سعادة وأمن، خالياً من الصراعات النفسية والقلق.

ولكي يستطيع علماء النفس الإكلينيكيون القيام بدورهم في دراسة اضطرابات السلوك وفهمها وعلاجها، فإنهم يدربون عادة تدريباً خاصاً في مجالات ثلاثة رئيسية. المجال الأول هو قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة لمعرفة القدرة العقلية الحالية للفرد أو إمكاناته العقلية في المستقبل. والمجال الثاني هو قياس الشخصية، ووصفها، وتقويمها، وتشخيص السلوك الشاذ بغرض معرفة ما يشكو منه الفرد والظروف المختلفة التي أحاطت به وأدت إلى ظهور مشكلته مما يساعد على فهمها ويمهد الطريق إلى إرشاد الفرد وعلاجه. والمجال الثالث هو العلاج النفسي بأساليبه وطرقه المختلفة التي ترمي إلى تخليص الفرد مما يعانيه من اضطراب وسوء توافق. وإلى جانب هذه المجالات الثلاثة الرئيسية

التي يعمل فيها علماء النفس الإكلينيكيون، فإنهم يقومون أيضاً بأدوار أخرى هامة. فكثير منهم يشتغلون بالتدريس في الجامعات، وبالبحث العلمي، ويعملون كمستشارين في كثير من المؤسسات كالسجون، ودور إصلاح الأحداث الجانحين، ودور تأهيل المعوقين، والمدارس، والمؤسسات الصناعية، وغيرها.

وعلم النفس الإكلينيكي علم حديث نسبياً، وهو لازال في دور النمو والتطور. ولقد تأثر في نشوئه بمجالين هامين من مجالات الدراسة. المجال الأول هو دارسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلي التي كانت تحظى باهتمام كثير من الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان، وجان شاركو، وإميل كرايبلين، وأرنست كريتشمر، وبيير جانيه وغيرهم. والمجال الثاني هو دراسة الفروق الفردية التي حظيت باهتمام فرانسيس جالتون، وجيمس ماكين كاتل، والفرد بينيه، وتيوفيل سيمون، ومن جاء بعدهم من علماء النفس الذين اهتموا ببناء الاختبارات النفسية واستخدامها في أغراض تطبيقية كثيرة.

ومر علم النفس الإكلينيكي في تطوره بمراحل مختلفة. فقد كان اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية مقتصراً في الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال. وكانت وظيفتهم الرئيسية هي دراسة حالة الأطفال المشكلين، وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء، أو المدرسين، أو الأطباء المعالجين، أو المؤسسات المسؤولة عن الأحداث الجانحين.

وحدث تطور كبير في علم النفس الإكلينيكي أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها. فقد تسببت الحرب في كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية، ووجد الأطباء أنهم لا يستطيعون لقلة عددهم مواجهة أعباء العلاج النفسي لهذا العدد الضخم من المصابين باضطرابات نفسية، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بعلماء النفس الإكلينيكيين والالتجاء إليهم ليساهموا في علاج المصابين باضطرابات نفسية. وهكذا بدأ علماء النفس الإكلينيكيون يعنون بالعلاج النفسي للكبار، بعد أن كان معظم اهتمامهم مقتصراً من قبل على العلاج النفسي للأطفال.

ويحاول مؤلف هذا الكتاب أن يشرح باختصار، ولكن في دقة ووضوح، نشأة علم النفس الإكلينيكي وتطوره التاريخي، ويفرد لذلك فصلاً خاصاً هو الفصل الثاني من الكتاب. وهو يشرح أيضاً مجالات العمل الرئيسية لعلماء

النفس الإكلينيكيين سواء في قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة، أو قياس الشخصية والتشخيص، أو العلاج النفسي بأساليبه وطرقه المختلفة. وهو يتناول هذه المجالات الثلاثة في الفصول الثالث والرابع والخامس من الكتاب.

ففي الفصل الثالث يتناول المؤلف موضوع قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة، فيتكلم عن طبيعة الذكاء، وطرق قياسه، كما يتكلم عن الضعف العقلي وأسبابه. ويشرح المؤلف اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين بقياس الذكاء في عمليات التشخيص بغرض تحديد أسباب التأخر الدراسي والتحصيلي، وتشخيص حالات الضعف العقلي حتى يمكن مساعدة هؤلاء الأطفال بإعطائهم العناية التربوية اللازمة، أو توجيههم إلى أنواع التدريب الملائمة.

ويتناول المؤلف في الفصل الرابع موضوع التشخيص فيشرح المناهج التي يتبعها علماء النفس الإكلينيكيون في قياس الشخصية والتشخيص، ويمهد المؤلف لذلك بشرح أربع نظريات للشخصية. النظرية الأولى هي النظرية التي تعتبر أن للمرض النفسي وجوداً قائماً بذاته، ويدخل المؤلف تحت هذه النظرية تصنيف أميل كرابلين للأمراض النفسية والعقلية. والنظرية الثانية هي نظرية الملكات والأنماط والسمات. فيشرح المؤلف نظرية الملكات؛ كما يشرح نظرية الأنماط للويس روستان وكريتشمر وشلدون ويونج، كما يشرح أيضاً نظرية السمات لجوردون ألبورت وريمون كاتل، ويبين الفرق بينها وبين كل من نظريتيّ الملكات والأنماط. ويقوم المؤلف بنقد جميع هذه النظريات، ويبين أوجه القصور فيها. والنظرية الثالثة هي نظرية التحليل النفسي، فيشرح المؤلف نظرية فرويد في الحتمية النفسية والدوافع اللاشعورية، ويبين رأيه في الاضطرابات النفسية والعقلية باعتبارها سلوكاً مدفوعاً أو موجهاً نحو أهداف معينة. ويقوم المؤلف أيضاً بذكر أوجه النقد التي وجهت إلى نظرية فرويد. والنظرية الرابعة هي نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر وزملائه، وهي تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة بعض الإشباعات التي تكون أكثر إحتمالاً من غيرها في بعض المواقف. فالسلوك غير السويّ، تبعاً لهذه النظرية، ليس مرضاً بل هو محاولة ذات معنى لتجنب عقوبات معينة، أو للحصول على إشباعات على مستوى غير واقعي.

وبعد شرح هذه النظريات المختلفة في الشخصية يقوم المؤلف بشرح

أساليب تقويم الشخصية. فيتكلم عن المقابلة بأنواعها المختلفة: المقابلة الحرة، والمقابلة الموجهة، والمقابلة المحددة أو المقننة. ثم يتكلم عن الاستخبار، والأساليب الاسقاطية بأنواعها المختلفة: اختبار تداعي المعاني، واختبار رورشاخ، واختبار تفهم الموضوع، وطريقة الجمل الناقصة، وطريقة الملاحظة واختبارات السلوك. ويشرح المؤلف مميزات كل طريقة من طرق تقويم الشخصية ونواحي القصور فيها، ويوضح أن مشكلة تفسير المعلومات التي يحصل عليها عالم النفس الإكلينيكي من هذه الأساليب المختلفة أمر في غاية الصعوبة، ولايزال التفسير يعتمد في جزء كبير منه على مهارة عالم النفس الإكلينيكي وخبرته. ولذلك فإن نتائج هذه الاختبارات تساعد على التنبُّؤ عن سلوك الفرد في المستقبل على أساس احتمالي فقط. وإن التنبوءات التي يصل إليها عالم النفس الإكلينيكي من اختبارات الشخصية يمكن الاعتماد عليها بدرجة أقل من الاعتماد على التنبوءات التي يتوصل إليها من نتائج إختبارات الذكاء والقدرات العامة. ولازال علماء النفس الإكلينيكيون في حاجة ماسة إلى تحسين نظرياتهم في الشخصية، وتحسين مناهجهم في التشخيص حتى يمكن الوصول إلى فهم أدق للسلوك الإنساني، وإلى تنبوءات أدق للسلوك في المستقبل.

ويتناول المؤلف في الفصل الخامس العلاج النفسي، ويُبيِّن أنه من المنطقي أن تتباين أساليب العلاج النفسي تبعاً لتباين النظريات في الشخصية. وقد قام المؤلف بأسلوب موجز دقيق يشرح الأساليب المختلفة للعلاج النفسي. فشرح طريقة التحليل النفسي، وبيَّنَ طريقة فرويد التي ترى أن الأمراض النفسية والعقلية تنشأ نتيجة للدوافع اللاشعورية المكبوتة. فليست الإضطرابات النفسية والعقلية إلا طريقة للتعبير عن الدوافع اللاشعورية المكبوتة، أو طريقة للتحكم فيها، أو كلتا هاتين الطريقتين معاً. ومشكلة العلاج النفسي في رأي فرويد هي تحرير هذه الدوافع اللاشعورية، وذلك بإضعاف الأنا الأعلى جزئياً، وإخضاع الدوافع لسيطرة الأنا الشعوري.

ويشرح المؤلف أيضاً طريقة العلاج النفسي التي اتبعها أدلر، والمدارس الفرويدية الحديثة التي تشمل أوتو رانك، وكارن هورني، وهاري سليفان، وإريك فروم، والطريقة التي ارتبطت بها وهي طريقة كارل روجرز.

ويتناول المؤلف كذلك طريقة التعلم الاجتماعي في العلاج النفسي وهي

الطريقة التي تحاول تطبيق نظرية التعلم في العلاج النفسي على يدي جون دولارد، ونيل ميللر، وهوبارت مورر.

ويتناول المؤلف أيضاً العلاج البيئي ويبيِّن كيف أنه كثيراً ما يضطر المعالج النفسي إلى علاج الأفراد الذين يعيش معهم المريض. فيتكلم عن طريقة العلاج البيئي مع المرضى الكبار والمرضى الأطفال الذين يحتاجون في كثير من الحالات إلى إيداع في مؤسسات للعناية بهم.

ويتناول المؤلف أيضاً العلاج النفسي الجمعي الذي تعالج فيه مجموعة من المرضى ذوي المشكلات المتشابهة في وقت واحد مما يؤدي إلى اقتصاد في الوقت والجهود، وخاصة في حالات كثرة عدد المرضى وقلة عدد المعالجين. ولذلك، لم يكن غريباً أن تظهر الحاجة إلى هذا النوع من العلاج النفسي بعد الحرب العالمية الثانية في المؤسسات العسكرية. ثم بدأت تنتشر هذه الطريقة في العلاج بعد ذلك في علاج الأطفال والكبار.

وبعد أن يقوم المؤلف بعرض النظريات المختلفة في الشخصية، والأساليب المختلفة في العلاج النفسي، ينتهي إلى أن العلاج النفسي لازال في مراحله الأولى، وليست هناك طرق مقبولة قبولاً عاماً على أنها الطريقة السليمة المثالية للعلاج، وإن إجراءات العلاج النفسي في كثير من الحالات لا تكون فعالة كما ينبغي، وقد تستغرق وقتاً أطول مما هو ضروري. ويشير المؤلف إلى أن العلاج النفسي لازال في حاجة ملحة إلى تقدم البحوث العلمية لزيادة فهمنا للشخصية، وكيفية نموها وتطورها، وكيفية تغيرها مما يساعد على الوصول إلى أساليب أكثر دقة وأكثر ملاءمة لعلاج الإضطرابات النفسية.

ومجمل القول أن هذا الكتاب الذي نقدمه كتاب قيِّم، وُفِّقَ المؤلف فيه إلى التعريف بعلم النفس الإكلينيكي، ومجالات تطبيقه، وأساليبه المختلفة في عمليتيّ التشخيص والعلاج بأسلوب واضح دقيق، مع شمول في المعلومات وإيجاز في الغرض، مما جعل الكتاب مفيداً للمشتغلين بعلم النفس بعامة، وبعلم النفس الإكلينيكي بخاصة. ولا شك أن هذا الكتاب يسدّ حاجة كثير من المدرسين والطلاب في العالم العربي إلى كتاب في علم النفس الإكلينيكي تتوافر فيه المميزات التي توافرت في هذا الكتاب وهي الدقة، والوضوح، والشمول، والإيجاز.

وقد وُفّق الأستاذ الدكتور عطية محمود هنا في ترجمة هذا الكتاب ترجمة دقيقة، وفي أسلوب سلس دقيق واضح. فله وافر الشكر والثناء على المجهود الكبير الذي بذله في هذه الترجمة الدقيقة لهذا الكتاب.

٧٦/١/١٢

محمد عثمان نجاتي

تصدير المؤلف

علم النفس الإكلينيكي واحد من المجالات التطبيقية لعلم النفس، وهو مجال ينمو بسرعة. وهو يطبق، أولاً وبالذات، في ميدان الصحة النفسية الذي يزداد الإهتمام به في مجتمعنا ازدياداً كبيراً، كما أن السيكولوجيين الإكلينيكيين يطالبون بالقيام بدور أساسي في حل المشكلات التي تنشأ في هذا الميدان. وعلم النفس ذاته علم جديد نسبياً، ومجالات تطبيقه في حالة انتقال سريع. وليس هنالك دائمًا إتفاق على النظريات أو الحقائق في هذا العلم، ولسنا نملك في علم النفس الإكلينيكي مجموعة من المهارات المسلّم بها والمتفق عليهـا يمكن أن نجعلها أساساً في الإعتراف بمن نطلق عليه ممارساً مدرَّباً في هـذا الميدان. والتعريف الملائم لهذا الميدان من ميادين الدارسة ينبغي أن يتضمن وجهات نظر متعددة. ولما كان من غير الممكن أن تقوم الأساليب التطبيقية بذاتها، فإنه يصبح من الضروري أن يختبر صدق النظرية والنتائج التَجْرُبية (الأمبيريقية) التي تقوم عليها أساليب الممارسة المختلفة. والغرض من هذا الكتاب هو تفهم طبيعة علم النفس الإكلينيكي ومكانته في الوقت الحاضر. وهو موجَّه إلى الطلبة المبتدئين،

وغير المتخصصين، ودارسي فروع العلم الأخرى المتصلة به. وينبغي النظر إلى هذا الكتاب على أن له قيمة خاصة لمن يفكرون في احتمال اتخاذ علم النفس الإكلينيكي مهنة لهم.

ويهدف هذا الكتاب إلى تفهم علم النفس الإكلينيكي على أساس واقعي، دون محاولة إخفاء الصعوبات والمشكلات ونواحي النقص، كما يهدف أيضاً بقدر الإمكان إلى وصف الوضع الحقيقي لهذا العلم والفرص الكثيرة المتاحة لتطوره. وفي سبيل تحقيق هذا الهدف حاول المؤلف تجنب اللغة الفنية والاعتماد على المعلومات المتخصصة في الإحصاء ومناهج البحث. إن الهدف هو الوصول إلى فهم دون اللجوء إلى تبسيط مبالغ فيه لطبيعة الإنسان المعقدة أو لمشكلة فهم سلوكه.

ولما كانت النظرية وطرق التطبيق المأخوذ بها تتغير تدريجياً، فإن الميزة التي تتميز بها هذه الطبعة المعدّلة إنما هي إضافة مواد جديدة، وليست إعادة كتابة الطبعة السابقة. وقد توسع المؤلف في هذه الطبعة بحيث أصبحت تتضمن وصفاً مختصراً للتطورات الجديدة مثل الصحة النفسية في البيئة المحلية، والعلاج السلوكي، والجماعات المتقابلة. وتتضمن الطبعة المعدلة أيضاً عدة دراسات توضيحية إضافية في البحث الإكلينيكي، وتفصيلات مناهج البحث ونتائجه، ومواد إضافية للأجزاء الخاصة بنظرية التعلم الاجتماعي وقياس الشخصية.

إنني مدين بقدر كبير للدكتور دوجلاس كراون Douglas Crowne، والدكتورة شيرلي جيسور Shirley Jessor، والدكتور ريتشارد جيسور Richard Jessor وزوجتي كلارا Clara الذين قرأوا المخطوط الأصلي وقدموا عدة اقتراحات مفيدة. وأود أيضاً أن أعبر عن تقديري للسيدة روبرتا ماركلز Roberta Markels لمساعدتها القيّمة في إعداد مخطوطات الكتاب، كما إنني مدين للسيدة ماري ب دافيز Mary B. Davis لما قدمته من مساعدة في إعداد الطبعة المنقحة.

جوليان ب. روتر

الفصل الأول

ما هو علم النفس الإكلينيكي ؟

يتزايد اعتراف العلماء الطبيعيين والبيولوجيِّين والطبقة المثقفة بأن إيجاد الحلول للمشكلات العملية، والتغلب على الأمراض الجسمية، لا يمكن أن يحل جميع مشكلات الإنسان المتعلقة بحياته مع. نفسه أو مع الآخرين. إن قدرة الإنسان على أن يعيش في سلام وبإيجابية في سعادة تستلزم فهم الإنسان لنفسه. وللوصول إلى هذا الفهم يلجأ الكثيرون إلى العلوم النفسية والاجتماعية بما فيها علم النفس الإكلينيكي.

وعلم النفس الإكلينيكي بالمعنى الواسع هو ميدان تطبيق المبادىء النفسية التي تهتم أساساً بالتوافق السيكولوجي للأفراد. ويتضمن التوافق السيكولوجي مشكلات السعادة ـ مثل مشاعر عدم الارتياح والإحباط وعدم الملاءمة والقلق أو التوتر ـ لدى الفرد، كما يتضمن علاقاته بالآخرين، ومطالب المجتمع الأكبر الذي يعيش فيه وأهدافه وعاداته. ومثل هذا التعريف عام جداً، فهو لا يميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من مجالات التطبيق الأخرى في علم النفس، أو

عن غيره من الميادين المهنية الأخرى التي تهتم أيضاً بطريقة أو بأخرى بالتوافق السيكولوجي الكلي للفرد.

وفي مجال علم النفس، مثلاً، نجد تخصصات مختلفة مثل الإرشاد المهني أو الإستشارة المهنية التي تهتم بتوافق الفرد مع عمله، والهندسة البشرية التي تعالج جزئياً توافق الإنسان مع الآلة التي يعمل عليها، وعلم النفس المدرسي الذي يتضمن توافق الفرد للمدرسة وللدّراسة. ومن المهن التي تتداخل مع علم النفس الإكلينيكي المهن التي يمارسها طبيب الأمراض النفسية(*)، والإخصائي الاجتماعي(*)، والمحامي، والمختص بأمراض الكلام، ورجل الدين. فهذه المهن جميعها تهتم بطريقة ما بتوافق الفرد لمجموعة خاصة من الظروف.

وفي بعض المجالات يتميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من المجالات الأخرى من حيث أن هذه المجالات الأخيرة تركز على مظهر معين من مظاهر التوافق، كما هو الحال في التوافق المهني، أو أمراض الكلام. وعلى الرغم من ذلك، فهناك في بعض الأحيان تداخل كبير في الاهتمامات كما هو الحال بين علم النفس الإكلينيكي والطب العقلي (النفسي)، فكل منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للمرض العقلي (النفسي)، أو اضطرابات الشخصية. ولكن الخلاف هنا لا يحدث على الأغلب في التطبيق، وإنما يحدث في إعداد وتدريب الممارسين، وفي نوع المنهج الذي يستخدم في بحث المشكلات. ويشير «نوع المنهج» إلى الاتجاه النظري الخاص الذي هو جزء من نوع التدريب الخاص الذي يتعرض له الممارس. فمن خصائص السيكولوجيين، مثلاً، أن يبحثوا الاضطرابات العقلية (النفسية) على أنها نتائج للخبرات المبكرة أو التعلم، في حين أن أطباء الأمراض العقلية (النفسية) يبحثون هذه الاضطرابات باعتبارها أمراضاً خاصة تحتاج إلى علاج خاص. وحتى في هذا الشأن نجد تداخلاً كبيراً بين المجالين في بحثهما لكثير من المشكلات.

وربما نستطيع الوصول إلى فكرة أوضح عن طبيعة علم النفس الإكلينيكي إذا ما نظرنا بدقة فيما يقوم به السيكولوجيون الإكلينيكيون. إن معظم ما جاء في

(*) ورد تعريف هذا المصطلح في قائمة المصطلحات الواردة في نهاية الكتاب مع غيره من المصطلحات التي رقمت بالعلامة (*) عند ظهورها لأول مرة في الكتاب.

هذا المؤلف سوف يصف ما يقومون به، ومصدر أفكارهم، وبعبارة أوسع، كيفية إعدادهم وتدريبهم.

ما العمل الذي يقوم به الإخصائيون في علم النفس الإكلينيكي؟

من الممكن أن نقسم أوجه النشاط التي يمارسها السيكولوجيسون الإكلينيكيون إلى ثلاث مجموعات أساسية من الأساليب أو المهارات. وأولى هذه المهارات في قياس الذكاء والقدرات العامة. وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتضمن أيضاً تقدير إمكاناته، وكفاءاته، وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية.

والمجال الثاني من مجالات تطبيق المهارات والأساليب الإكلينيكية يتعلق بقياس الشخصية، ووصفها، وتقويمها، وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي. ومثل هذا القياس التشخيصي ليس مجرد محاولة تحديد المرض الخاص الذي يشكو منه الفرد، على النحو الذي يحدث عندما نحاول أن نحدد ما إذا كان الفرد مريضاً بالحصبة أو الجديري، بل إنه محاولة وصف الظروف السيكولوجية للفرد وصفاً تفصيلياً ودقيقاً قدر الإمكان. ولكي نوضح معنى قياس الشخصية أو التشخيص، من الضروري أن نقدم وصفاً مختصراً لما نقصده من الشخصية ونظرياتها.

يشير لفظ الشخصية عادة إلى طرق السلوك والتفكير وردود الأفعال (الاستجابات) والمشاعر الثابتة والمتسقة نسبياً والتي تميز شخصاً معيناً. وهذا اللفظ على النحو الذي يستخدم به عادة يستبعد الخصائص الثابتة للفرد التي تتصل بالذكاء والإنجاز والمهارات العقلية بوجه عام.

وتهتم معظم نظريات الشخصية بتحديد أهم وأعم خصائص الأفراد الثابتة، والعمليات التي تؤدي إلى اكتساب هذه الخصائص وتعديلها. وإذا استطعنا أن نقيس هذه الخصائص وأن نحددها، فإننا نستطيع أن نفهم وأن نتنبأ بالكثير من سلوك الفرد. وتهتم نظريات الشخصية أيضاً باكتشاف ووصف الخبرات والظروف والأحداث التي تؤدي إلى نمو وتغيير خصائص معينة للشخصية، كما تهتم أيضاً بوصف ما يمكن أن يكون عليه السلوك في المستقبل بناء على

معرفتنا بخصائصه الحالية. هذه هي النظريات التي يعتمد عليها السيكولوجيون الإكلينيكيون في وضع اختباراتهم وإجراءاتهم التشخيصية وأساليبهم العلاجية. وتختلف نظريات الشخصية فيما بينها في العديد من الوجوه، ومن أهم هذه الاختلافات إثنان هما: (١) التوكيد على أي مظاهر لسلوك الفرد أو شخصيته تعتبر أساسية (مركزية). و(٢) وجهات النظر فيما يتعلق بكيفية نمو هذه الخصائص العامة للشخصية أو اكتسابها، وعلاقاتها فيما بينها.

والمجال الثالث من مجالات الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية هو ما نطلق عليه عادة العلاج النفسي. ويقصد به في أذهان الكثيرين طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات في محاولة لمساعدته على فهم نفسه والوصول إلى توافق أفضل. وهذا المصطلح يستخدم في هذا المؤلف بمعنى أوسع لوصف جميع طرق العلاج النفسي. وهذه الطرق تتضمن معالجة المرضى وجهاً لوجه لفترة من الزمن، وتوجيه التوصيات للآباء أو المدرسين أو للمرضى أنفسهم مباشرة، والقيام بأحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات أو التوصية بإحداث هذه التغييرات. وبعبارة أخرى، تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد.

وتصف الفصول الثالث والرابع والخامس بالتفصيل الوظائف الرئيسية الثلاث التي يقوم بها السيكولوجيون الإكلينيكيون. ولكن ينبغي أن نتذكر أنهم قد يقومون بأعمال كثيرة أخرى بالإضافة إلى هذه الوظائف التطبيقية الثلاث. فعدد كبير منهم يقوم بالتدريس وبإجراء البحوث. وفي بعض الأحيان تكون هذه البحوث مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالمشكلات التطبيقية، ولكنها قد تكون بعيدة جداً عن هذه المشكلات، وذلك على أمل أن مثل هذه البحوث سوف تؤدي في النهاية إلى فهم أفضل بالمشكلات الإكلينيكية. ويهتم السيكولوجيون الإكلينيكيون ببناء نظريات جديدة وأكثر ملاءمة عن الطبيعة الإنسانية والتحقق من هذه النظريات الجديدة. وعلى الرغم من أن البحث لا يستوعب نشاط جميع السيكولوجيين الإكلينيكيين، إلا أنه يميز هذه المجموعة أكثر من غيرها من المجموعات التي تعمل في ميدان الصحة النفسية.

وبالإضافة إلى هذه الأنشطة، فإن كثيراً من السيكولوجيين الإكلينيكيين

يهتمون أيضاً بميادين أخرى من علم النفس مثل علم النفس الفسيولوجي، وعلم النفس التجريبي، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم النفس الصناعي، وغيرها. والواقع أن إعداد معظم السيكولوجيين وتدريبهم يشتمل على جزء كبير مشترك في النواحي النظرية ومناهج البحث، ولهذا فالفرد الذي يتخصص في أحد فروع علم النفس يشترك عادة مع زملائه الآخرين المتخصصين في الفروع الأخرى في قدر كبير في الإعداد والتدريب اللذين يتلقاهما، وفي كثير من الاهتمامات والأنشطة. وقد يكون من المفيد لكي نلخص العمل الذي يقوم به السيكولوجي الإكلينيكي أن نلقي نظرة على بعض الأطر أو المؤسسات التي يعمل فيها السيكولوجي الإكلينيكي عادة.

بالإضافة إلى التدريس في الكليات والجامعات يعمل السيكولوجيون الإكلينيكيون في العديد من المؤسسات. فهم يعملون في كليات الطب وعيادات الجامعات، وربما كان العدد الأكبر منهم يعملون حالياً في المستشفيات العقلية. وهم في مثل هذه المستشفيات لا يقومون بالعمل والبحث في النواحي الإكلينيكية فقط، ولكنهم يقومون أيضاً بالتدريس لزملائهم من التخصصات الأخرى، وتقديم مشورتهم لهم، كما يقومون بعمليات اختيار(*) العاملين فيها. وهناك آخرون من السيكولوجيين الإكلينيكيين يعملون في المستشفيات العامة وفي مراكز علاج الراشدين والأطفال. وفضلاً عن ذلك، فإن كثيراً من السيكولوجيين الذين يعملون في المدارس يعدون ويدربون أساساً في علم النفس الإكلينيكي.

وللسيكولوجيين الإكلينيكيين أدوار هامة أيضاً في المؤسسات العامة الأخرى مثل مدارس المتخلفين عقلياً، والسجون، ودور الإصلاح، ومراكز التأهيل للأحداث الجانحين، ومؤسسات فاقدي البصر والصم والمعوقين جسمياً. وقد استخدمت الصناعة أيضاً عدداً متزايداً من السيكولوجيين الإكلينيكيين لمواجهة مشكلات اختيار العمال وفقاً لخصائصهم الشخصية، وبهدف القيام بالإرشاد النفسي، والعلاج النفسي، والبحوث الخاصة بتوافق العمال. وكذلك يقوم السيكولوجيون الإكلينيكيون بتقديم استشاراتهم للمؤسسات أو الوكالات الحكومية، وللصناعة، والمنظمات الأخرى فيما يتعلق بمشكلات قياس الشخصية، والاختيار، والصحة النفسية.

وفي السنوات الأخيرة اشتغل كثير من السيكولوجيين الإكلينيكيين فيما

أطلق عليه الصحة النفسية في البيئة المحلية. وهذا الميدان من ميادين التطبيق يتضمن عدداً كبيراً متنوعاً من أساليب تناول المشكلات، كما يتضمن العديد من الإخصائيين الآخرين مثل أطباء الأمراض العقلية (النفسية)، وعلماء الاجتماع، والإخصائيين الاجتماعيين، والسيكولوجيين التربويين. وهذه الفئة تركز أساساً على المجتمع نفسه، وليس على أفراد معينين. فهم يقدمون استشاراتهم للآباء، ومديري الأعمال، وجمعيات الآباء في المدارس، والقادة الدينيين، ورجال الأعمال والمسؤولين في المدن؛ كما إنهم يقدمون إرشاداتهم فيما يتعلق بعملية التوظيف، وفي النواحي الاقتصادية، ويقومون بأوجه النشاط اللازمة والمتاحة في المناطق المصابة بالكساد أو الأزمات، كما إنهم يدربون الأفراد الذين لم يحظُوا إلاّ بقليل من التعليم المهني الرسمي، ولكنهم مع ذلك يستطيعون تقديم الخدمات النفسية اللازمة، ويساعدون أفراد المجتمع على أن ينظموا أنفسهم من أجل أن يساعدوا أنفسهم. تلك هي بعض الأنشطة التي يقوم بها السيكولوجيون الذين يهتمون بالمجتمع المحلي وخدمته.

ويعمل معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين في مؤسسات تهتم بالجماعات، وترتبط عادة بالحكومة المركزية، أو بحكومات الولايات، أو بالجامعات، أو الكليات، أو كليات الطب، أو العيادات المحلية التي تعتمد على المعونات الحكومية إعتماداً كلياً أو جزئياً. وهم كالإخصائيين الاجتماعيين في مهنة تنمو لتصبح مهنة اجتماعية، بمعنى أن السيكولوجيين لا يعتمدون في دخلهم على ما يدفعه المرضى، وبالتالي فإن خدماتهم تصبح متاحة للجميع بصرف النظر عن القدرة المالية لمن يحتاج إليها. وقد ظهر من بحث مسحي حديث أن كثيراً من السيكولوجيين الإكلينيكيين يقدمون خدمات خاصة للأفراد، ويتقاضون منهم مباشرة أجورهم على خدماتهم لهم، ولكن هذه الممارسة الخاصة تشغل جزءاً بسيطاً من وقتهم وتكوّن جزءاً يسيراً من دخلهم. ونسبة ضئيلة فقط من السيكولوجيين الإكلينيكيين هم الذين يعتمدون في الجزء الأكبر من دخلهم على الممارسة الخاصة. وعلى الرغم من أن هذه النسبة آخذة في الازدياد زيادة طفيفة، إلا أنه ليس من المحتمل أن تبلغ في أي وقت في المستقبل نسبة هؤلاء الذين يعتمدون في دخلهم على الحكومة أو المؤسسات. وقد يرتبط السيكولوجي الإكلينيكي في قيامه بممارسته الخاصة بغيره من السيكولوجيين الإكلينيكيين أو

بأفراد من تخصصات أخرى. ويتضمن عملهم في هذه الحالة القيام بنفس الوظائف المعتادة، وهي قياس القدرات العقلية، وتقويم الشخصية (التشخيص النفسي)، والعلاج الفردي والجماعي.

ويشكل فهم الإنسان وعلاجه عدداً كبيراً من المشكلات الصعبة. ولما كان كثير من الأفراد غير مدركين لبعض دوافعهم، ويفشلون في تذكر خبراتهم أو في التعبير عنها، ويسلكون بصور مختلفة في المواقف المختلفة، كان من الضروري أن تتطلب دراسة السلوك الإنساني أساليب معقدة متعددة. وتستلزم دراسة الفرد أو علاجه فهمًا، وينبغي أن يختبر صدق هذا الفهم عن طريق التَّنبُّؤ. ويناقش الجزء التالي بعض المشكلات الشائعة التي تتضمنها الأساليب التي يستخدمها الإكلينيكي في الوصف والعلاج.

علم النفس الإكلينيكي هل هو فن أم علم؟

من بين الممارسين الإكلينيكيين من يتمسك بأن الأحكام الرئيسية (التي يصدرها السيكولوجي الإكلينيكي) في مشكلات التشخيص والعلاج هي مشكلات ذاتية(*) في أساسها تعتمد على خبرة الممارس ومهارته الشخصية. ويجادل هؤلاء الإكلينيكيون، دفاعاً عن رأيهم، بأنه على الرغم من أن الأساس في أحكامهم لا يمكن أن يكون دائمًا صريحاً وواضحاً، فإن المشكلات التي يتناولونها بالغة التعقيد بحيث تصبح وسائلهم الأساسية هي البصيرة ودقة التمييز والخبرة. وبعبارة أخرى، يدافع هؤلاء الإكلينيكيون عن رأيهم بأنه لا توجد قواعد صارمة يجب الالتزام بها، وأنه لا توجد اختبارات أو مقاييس موضوعية(*) تحل محل حكم السيكولوجي الإكلينيكي، وبالتالي فإن عمل الإكلينيكي هو فن في أساسه. ويذهب البعض منهم إلى أبعد من هذا، فيدافعون بصورة أقوى من هذه بأن طبيعة الإنسان هي بحيث لا يمكن أن يكون عملهم إلا نوعاً من الفن.

وبعض السيكولوجيين الإكلينيكيين الآخرين، الذين يطلق عليهم أحياناً الإكلينيكيون المتمسكون بالاختبارات، يعتقدون أن من الممكن أن تصحح الاختبارات بطريقة موضوعية (أي أنها موضوعة بحيث يمكن لأي شخص يقوم بتصحيحها أن يصل إلى نفس النتيجة) وأنها يمكن أن تقدم لنا أساساً للتَّنبُّؤ أكثر

دقة وأكثر فائدة من الحكم الذي يقدمه لنا أي سيكولوجي. وهم يشعرون بأن من الممكن أن نصل بالتدريج إلى تنبوءات دقيقة عن طريق هذه الوسائل الموضوعية. وهم يجادلون دفاعاً عن وجهة نظرهم بأن علم النفس الإكلينيكي قد أصبح الآن علمًا إلى حد كبير، وأنه لجدير بذلك، وأنه سوف يصبح علمًا بدرجة أكبر. وقبل أن نناقش هذه المسألة بتعمق أكثر، ينبغي أن نناقش كيف ولماذا شغل السيكولوجيون الإكلينيكيون أنفسهم بمشكلات التنبُّؤ بالسلوك الإنساني.

عندما يصدر السيكولوجي الإكلينيكي حكمًا على القدرة العقلية لفرد ما، فإنه إنما يقوم بذلك لكي يتنبأ بما يستطيع الفرد أن يتعلمه في المدرسة، أو في أي مكان آخر، وبما يمكن أن نتوقعه منه. وعندما يصدر حكمًا عن مدى قلق شخص ما، أو عدوانه، أو عدم اطمئنانه، أو عجزه عن التفكير السليم أو المنطقي، فإنه يتنبأ عن كيف يسلك هذا الشخص في عدد كبير من الظروف المتنوعة في الوقت الحاضر وفي المستقبل. وعندما يوافق السيكولوجي الإكلينيكي على أن يعالج مريضاً علاجاً نفسياً، فإنه يتنبأ بطريقة ضمنية بالفائدة المحتملة للمريض، وبالمثل فإن الطريقة التي يتبعها في علاج المريض تنطوي بطريقة ضمنية أو صريحة على تنبوءات عن كيف أن سلوك الإكلينيكي الخاص سوف يؤثر على المريض. وبعبارة أخرى، على الرغم من أنه لن يقول لنفسه: «أنا أتنبأ بأن كذا وكذا سوف يؤدي بالضبط إلى كذا تحت هذه الظروف»، إلا أنه دائمًا يصدر أحكاماً عن كيف يتصرف الفرد في ظروف أخرى، أو كيف أن توصياته وعلاجه أو إجراءاته أو غير ذلك سوف تؤثر على المريض. وعندما يصنف المريض في فئة من الفئات ـ كأن يصنفه على أنه ذهاني (مجنون) أو عصابي أو جانح أو متأخر عقلياً ـ فإنما هو يتنبأ أساساً بأسلوب سلوكه تحت عدد من الظروف المتنوعة، كما يحتمل أن يتنبأ أيضاً بأنواع الإجراءات العلاجية التي سوف تفيده أكبر فائدة. وحتى من بين هؤلاء السيكولوجيين الإكلينيكيين الذين يقولون أن اهتمامهم الوحيد هو الفهم، نجد أن هدفهم من هذا الفهم هو أن يكونوا قادرين دائمًا على القيام بشيء ما لمساعدة المريض.

وحتى إذا جادلوا بأنه لا يوجد أمامنا أي اختيار إطلاقاً فيما ينبغي القيام به ـ أي أنه إذا ما اعتقد أنه على السيكولوجي الإكلينيكي أن يستخدم دائمًا

نفس الإجراء بصرف النظر عن اختلاف المريض عن غيره ـ فإن من يشتغل بالعلاج النفسي ـ أياً كان ـ يصبح بنفس القدر مشتغلاً بعمق في مشكلات التنبُّؤ. كيف يمكن الوصول إلى هذه التنبوءات بالطريقة الأكثر فعالية؟ هل ينبغي أن نستخدم الاختبارات الحالية إلى أقصى حد ممكن؟ أم أن نضيف إليها اختبارات أخرى أم أن نحاول أن نقلل من الأحكام التي يصدرها الإكلينيكي إلى أدنى حد ممكن حتى يصبح في إمكان الآلات الحاسبة أن تعطينا صورة طبق الأصل منها، فإذا ما قدمت لها نفس المعلومات فإنها تؤدي بنا إلى نفس الإجابة؟ أم ينبغي أن يترك التنبُّؤ بها لعمليات الحكم الفردية الذاتية والتي تعتمد على الحدس بدرجة أكبر.

إن معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين يعتمدون عادة على ما يعرف بمنهج دراسة الحالة للوصول إلى الأحكام والتنبوءات. ولذلك، ينبغي أن نفحص هذا المنهج لكي نبرهن ما إذا كان علم النفس الإكلينيكي، في الحقيقة، فناً أم علماً.

منهج دراسة الحالة:

للوصول إلى حكم ما، يقوم السيكولوجي الإكلينيكي بتجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات في حدود الوقت المتاح ومصادر البيانات الممكنة. وبعض المعلومات تأتي مباشرة نتيجة المناقشة مع المرضى (العملاء)، وهي تشتمل على تصورهم لطبيعة مشكلاتهم، ولطبيعة الظروف التي يعيشون فيها، ومشاعرهم واتجاهاتهم، ورغباتهم، وأهدافهم، وغير ذلك. وبالإضافة إلى هذا، فإن السيكولوجي الإكلينيكي يحاول في كثير من الحالات، أن يحصل على معلومات من مصادر أخرى مثل الأطباء، والمدرسين، والآباء، والزوجات، والأزواج، والأقرباء، وغيرهم. وقد يحصل أيضاً على البيانات بإجراء الاختبارات على مرضاه، وهذه الاختبارات قد تكون اختبارات ذكاء، أو اختبارات قدرات خاصة، أو اختبارات للشخصية أو اختبارات يفترض أنها تكشف عن إصابات المخ، أو اختبارات للاستعدادات والميول المهنية. ويحاول إن أمكنه أن يحصل على التاريخ التطوري (أو الاجتماعي) للمريض حتى يستطيع أن يفهم كيف نما وتطور سلوك المريض واتجاهاته الحالية نتيجة لخبراته المبكرة الخاصة به.

ويتطلب فهم مشكلات المرضى ـ سواء كانوا أطفالاً أم كباراً، وسواء

كانت اضطراباتهم بسيطة أم خطيرة ـ فهم الأحداث الهامة في حياتهم. ويصل السيكولوجي الإكلينيكي عادة إلى التاريخ الاجتماعي للمريض عن طريق المقابلة، معتمداً في ذلك على المريض نفسه وعلى المصادر الأخرى. وتاريخ الحالة الاجتماعي في صورته المختصرة قد يغطي عدة صفحات. ومن الواضح أن مثل هذا الشمول غير ممكن في جميع الحالات، وبالتالي يصبح من الضروري أن يقرر الإكلينيكي المعلومات التي يسعى للحصول عليها وبأي درجة من التفصيل.

وعلى الرغم من أنه من الناحية المثالية تكون الغالبية العظمى من المعلومات في صورة وقائع مثل «إن المريض طلق زوجته بعد مضي عام واحد من زواجه»، أو «إن المريضة رسبت في الصف الثالث»، إلا أن الوقائع لا تكوّن إلا جزءاً من التاريخ الاجتماعي. فليس من المهم فقط أن نعرف، مثلاً، أنه مرض مرضاً شديداً عندما كان عمره أربع سنوات، بل من المهم أيضاً أن نحدد شعوره وشعور الآخرين إزاء مرضه. هل تسبب مرضه في شعور الأم بالقلق لخوفها من أنه قد يؤدي إلى وفاة ابنها؟ هل عومل الطفل باهتمام شديد لمدة عدة أشهر بعد مرضه؟ هل تسبب هذا الاهتمام الذي حصل عليه في إثارة الغيرة لدى الأطفال الآخرين؟ كيف استجاب الطفل لرسوبه في المدرسة فيما بعد؟ وكيف شعر والداه؟ وما الذي طرأ على عمله في المدرسة فيما بعد نتيجة لرسوبه؟ إن الخبرات الذاتية للفرد هي التي يتركز عليها جهود الإكلينيكي لفهم الطفل. إن «الوقائع» التي يحصل عليها الإكلينيكي هامة من حيث أنها علامات غير مباشرة للخبرات النفسية السابقة ذات الأهمية.

إنه من الأهمية البالغة أن نحصل على المعومات من مصادر متعددة لأننا بهذا لا نحصل على «الوقائع» فقط، بل نعرف كيف شوهت أو على أي نحو تذكرها أناس متحدثون بما فيهم المريض نفسه. وهذه الاختلافات نفسها تكشف عن كيف شعر المتصلون بالحالة حينذاك. فمثلاً، في مناقشة أسلوب تعليم الطفل النظام في سنوات عمره المبكرة فقد تذكر الأم أن الأب كان يعامل الطفل بخشونة. وقد يتذكر الأب أن الطفل كان قليل الاتباع للنظام، وإن الأم كانت تتركه يفعل ما يريد. وقد تتذكر المريضة البالغة أن أمها كانت مشغولة دائمًا بأمورها الخاصة وبإرضاء زوجها، في حين تقرر أختها أن المريضة كانت مفضلة لدى أمها وأنها كانت تقوم بكل شيء من أجلها. إنه من غير الممكن أن

يكتشف الإكلينيكي الحقائق المتعلقة بالسنة أو الخمس سنوات أو العشر سنوات أو الخمس عشرة سنة الماضية، ولكن في إمكانه أن يجد دليلاً لمشاعر وخبرات جميع المرتبطين بالحالة عندما يكتشف أوجه التشابه وأوجه الاختلاف في وجهات نظرهم للأحداث نفسها.

ويمكن أن نوضح أهمية الحصول على المعلومات من مصادر متعددة، كلما أمكن ذلك، بميل الخبراء إلى السعي وراء «الأسباب» المختلفة التي تفسر حالة المريض، والتي غالباً ما يجدونها. وينبغي أن يكون الإكلينيكي على حذر من أن يتقبل أياً من هذه الاسباب باعتباره بالضرورة سبباً أساسياً في صعوبات المريض الحالية. فإذا ما سألنا الطبيب فإنه يشير عادة إلى الظروف الصحية، وإذا ما سألنا المدرس فإنه يشير إلى مشكلات التعلم، وإذا ما سألنا طبيب العيون فإنه يشير إلى صعوبات في الإبصار، وإذا ما سألنا الوالدين فإنهما يشيران إلى سوء المعاملة في المدرسة في حين أن المدرسة إذا ما سئلت تشير إلى سوء معاملة الوالدين.

إن منهج دراسة الحالة يحاول أن يطور على نحو كامل، قدر الإمكان، فهمًا للفرد والعلاقات، ماضيةً وحاضرةً، في بيئته الاجتماعية. وتحقيق مثل هذا الفهم يتضمن تكاملاً للمعلومات المستمدة من استجاباته (ردود أفعاله) الحالية، ومن خبراته السابقة (بقدر ما يمكن تحديدها)، ومن الاختبارات السيكولوجية بأنواعها المختلفة مع المعلومات التي يحصل عليها الإكلينيكي من الأشخاص الآخرين. وهذه البيانات يجب أن تجمع بطريقة بحيث تؤخذ جميعها بنظر الاعتبار وتتكامل جميعها، وهي عملية تحتاج إلى مهارة وخبرة عظيمتين.

والآن وقد انتهينا من مناقشة منهج دراسة الحالة نعود إلى موضوع ما إذا كان علم النفس الإكلينيكي فناً أم علمًا. إن بعض السيكولوجيين الإكلينيكيين، في معالجتهم للكبار، يشعرون أن التأكيد على الإجراءات التشخيصية وتاريخ الحالة والمعلومات التي نحصل عليها من المصادر الأخرى مسألة ضارة، وهم يقصرون عملهم على محاولة فهم ما يقوله المريض في مقابلاته العلاجية. وهؤلاء السيكولوجيون يميلون إلى أن يروا أن الممارسة في علم النفس الإكلينيكي فن وأما الآخرون الذين يحاولون الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات من الاختبارات أو من المصادر الموضوعية الأخرى، بالإضافة إلى المعلومات التي

يحصلون عليها من المريض أو الحالة التي يدرسونها، فإنهم يميلون إلى أن يروا أن الممارسة في علم النفس الإكلينيكي علم.

والآن من الواضح كل الوضوح أن الكثير من أحكام السيكولوجيين الإكلينيكيين الهامة لا يمكن أن تبنى على أساس موضوعي بحت، ليس فقط لأن الإكلينيكي ليس لديه قدر كافٍ من القواعد المبرهن عليها والتي تتعلق بما هو الإجراء الصحيح أو الأكثر فائدة للاستخدام في حالة معينة، وإنما أيضاً لأنه كثيراً ما تنقصه الاختبارات والمقاييس الخاصة بكثير من الأمور التي يراها ذات أهمية في إصدار حكمه، وحتى إذا ما وجدت الاختبارات فإن صدقها أو قوتها التنبئيّة أمر محدود.

إن عدداً ضئيلاً من الإكلينيكيين يعمل - عند تقويم الشخصية والقدرة العقلية - دون أن يستخدم الاختبارات الموضوعية من ناحية. ومن الناحية الأخرى، فإنه من الواضح أيضاً أنه ليس من الممكن أن يتوقف الإكلينيكي فجأة أثناء ممارسته للعلاج النفسي عندما يشعر بحاجته إلى إصدار حكمه، ويجري على المريض اختباراً ما، لكي يقرر العمل الصحيح الذي ينبغي عليه أن يقوم به. وبالاختصار، هناك مكان في ممارسة علم النفس الإكلينيكي في الوقت الحاضر لكل من الأحكام الذاتية المعتمدة على الخبرة والمهارة واستخدام الاختبارات والإجراءات الموضوعية بوجه عام عندما يثبت أنها مفيدة. ولمصلحة المرضى أنفسهم يصبح من المهم باستمرار محاولة زيادة عدد ونوع الأحكام التي يمكن التوصل إليها على أسس موضوعية، وبهذا نستبعد الأخطاء التي تتضمنها الأحكام الذاتية. ومع ذلك، فإن من الواضح أن معظم القرارات الهامة للسيكولوجيين الإكلينيكيين سوف تعتمد جزئياً لفترة طويلة على مثل هذه الأحكام الذاتية. وهذا هو على وجه التحديد السبب في أن السيكولوجيين الإكلينيكيين الذين يصدرون أحكاماً تؤثر تأثيراً خطيراً في حياة الآخرين ينبغي أن يحصلوا على أفضل إعداد وتدريب ممكنين، وهو السبب أيضاً في أنهم يمارسون عملهم في أول حياتهم تحت إشراف إلى أن يحصلوا على قدر كافٍ من المهارة والخبرة يسمح لهم بالعمل مستقلين. ويشعر معظم أفراد المهنة - على الرغم من عدم اتفاقهم جميعاً - أن درجة الدكتوراه من المؤسسات التي توافق

الجمعية الأمريكية السيكولوجية على برامجها رسمياً تعتبر الحد الأدنى لممارسة علم النفس الإكلينيكي. وقد يكون هناك عدد ممن لم يحصلوا على درجة الدكتوراه من بين السيكولوجيين الإكلينيكيين أفضل من بعض الحاصلين عليها بسبب خبراتهم، أو استعداداتهم الطبيعية، أو مميزاتهم الشخصية. ولكن إذا كان على مثل هؤلاء أن يتحملوا عبء اتخاذ قرارات هامة بالنسبة للآخرين، فإنه مما يمكن الجدال بشأنه أنهم أيضاً سوف يصبحون أكثر فعالية مع إعداد أفضل وتدريب أدق.

إن معظم السيكولوجيين يقتربون من مشكلة فهم الطبيعة الإنسانية من وجهة النظر العلمية. فهم يرون أن سلوك الإنسان تحدده قوانين طبيعية يمكن اكتشافها. ووجهة النظر هذه قد يخطىء في فهمها هؤلاء الذين يشعرون أن السيكولوجي ينظر للإنسان على أنه آلة بسيطة، وبالتالي يسلبه خصائصه الإنسانية الأساسية. ولمحاولة فهم الإنسان من وجهة نظر علمية أو طبيعية يعترف معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين بأن الإنسان كائن حي بالغ التعقيد، قادر على أن يغير من سلوكه على أساس تفكيره، وقادر على خلق أفكار وأنماط من السلوك جديدة، ولديه القدرة على القيام بردود أفعال والوصول إلى أفكار غامضة ومعقدة. ولكن مهما يكن من تعقد الإنسان، فإن دراسته ودراسة القوانين التي تحكم سلوكه إنما هي علم. وعلم النفس الإكلينيكي هو أحد العلوم التي تهتم بدراسة الإنسان. وإذا كان لمجهودات السيكولوجيين الإكلينيكيين أن تثمر في زيادة المعرفة، فإن مناهجهم يجب أن تنسجم وتتطابق مع مناهج البحث العامة في العلوم. وفي تطبيق ما نعرفه الآن على التَّنبُّؤ بسلوك الفرد في المستقبل، أو على أساليب تغيير سلوكه، لا يزال من الضروري أن يلعب الحكم الذاتي «القائم على الخبرة» دوراً ضخماً. وبهذا المعنى «فقط» يصبح علم النفس الإكلينيكي فناً كما هو علم. ومع ذلك فإن هذا الحكم لا ينطوي على أن هذا جانب حتمي لعلم النفس الإكلينيكي، وإنه لا يمكن أن يكون موضوعياً أكثر فأكثر، أو إن المبادىء التي يتضمنها تطبيق القوانين السيكولوجية على بني الإنسان في المواقف الاجتماعية المعقدة أمور غامضة ولا يمكن إخضاعها أساساً للتحليل العلمي، بل إن عمل السيكولوجي الإكلينيكي ينبغي أن ينضم إلى مجهودات العلماء الآخرين من أجل زيادة معرفتنا عن طبيعة السلوك الإنساني.

بعض حالات توضيحية :

سوف يساعد في فهم الطبيعة الأساسية للمنهج السيكولوجي أن ندرس ثلاث حالات باختصار. هذه الحالات الثلاث لأولاد في الصف الدراسي السابع (أي ما يعادل الصف الأول الإعدادي في مصر والصف الثالث المتوسط في الكويت) وسوف نطلق عليهم الأسماء الآتية: جون وفيليب وروس. وقد حُوِّل هؤلاء الأولاد الثلاثة إلى العيادات النفسية لسبب واحد وهو أنهم سرقوا بعض النقود في المدرسة واكتُشف أمرهم في النهاية. ولنأخذ حالة جون أولاً:

جون:

السرقة: عندما سئل جون لماذا أخذ النقود من محفظة المدرسة، تحدث بمرارة عن المدرِّسة قائلاً إنها أنَّبته مرتين في ذلك اليوم لأنه تكلم في غير دوره، وإنها أرسلته قرب نهاية ذلك اليوم الدراسي ذاته إلى مكتب ناظر المدرسة لأنه رد عليها بوقاحة. وعندما سئل عما فعله بالنقود أجاب بأنه بعد أن أخذها شعر بالقلق خوفاً من أن يضبط، وقرر أن الأسلم له أن يقذف بالنقود في إحدى الأدغال (الأجمات) قرب المدرسة. وقال إنه لم يكن في حاجة إلى النقود لأنه يحصل على مصروف كبير من والده ـ خمسة دولارات في الأسبوع ـ يمكنه أن يصرفها على النحو الذي يريده.

خلفية جون: بالتحدث مع جون ووالديه أمكن الوصول إلى عدد من الحقائق الهامة التي تميز تاريخه الماضي. كان جون الابن الوحيد لأسرة تعيش في إحدى الضواحي المفضلة بالمدينة. وكان والده من رجال الأعمال، وكان يعيش في حالة ميسورة من الناحية المالية، ولكنه كان يقضي معظم وقته إما في عمله أو في مكتبه بالمنزل مركزاً على عمله. ويبدو أنه قد عزل نفسه عن أسرته منذ عدة سنوات. فكان يقضي وقتاً ضئيلاً جداً في النشاط الجمعي مع أسرته، ولكنه كان كريماً معها فيما يتعلق بحاجاتها المادية. ومن الواضح أن الوالد كان يشعر بشيء من الذنب لإهماله لجون، وأنه كان يقدم له أي شيء مادي يطلبه تقريباً. ولم يقم الوالد بأي دور في تدريب ابنه على النظام قائلاً إن هذا عمل الأم. وقد أبدت الأم التي كانت تتميز بالخنوع، وبشيء من الجبن، وتبدو عليها العصبية شعوراً بقدر كبير من العجز فيما يتعلق بقدرتها على التعامل مع ابنها. ولم يتعرض

جون لأي عقاب جدي في حياته، وكانت أمه تخضع عادة لمطالبه عندما يغضب لشعوره بالإحباط أو لمنعه عما يريد أن يقوم به. وعلى الرغم من أنها كانت مهتمة بجون وكانت تعترف بأنه عنيد، إلا أنها شعرت بالعجز التام تقريباً فيما يتعلق بما يجب أن تفعله أو كيف تعامله.

ومنذ كان جون في الخامسة كان يلتحق بالمعسكرات الصيفية. وقد أبدت أمه بعض الشعور بالذنب نتيجة لما كانت تشعر به من راحة عند ابتعاده عنها، ولكنها أضافت في نفس الوقت أنها كانت تشعر بالوحدة في فترات غيابه.

وقد أوضحت الاختبارات السيكولوجية أن ذكاء جون كان فوق المتوسط قليلاً، ومع ذلك كانت درجاته (علاماته) في المدرسة متفاوتة فيما بينها. ففي بعض الأحيان كان يقوم بعمله المدرسي بدرجة ممتازة، وفي بعض الأحيان كان عمله ضعيفاً، وكان معظم مدرسيه يعتقدون أنه لا يحصل على الدرجات التي في قدرته الحصول عليها. وعلى الرغم من أنه كان يعرف أن السرقة خطأ، وأنه كان يخاف من نتائج ضبطه متلبساً بها، إلا أنه كان يشعر بأنه على صواب في انتقامه من المدرِّسة التي وصفها بالضعة والظلم. وعندما طلب منه أن يذكر ما يبيِّن ضعتها وظلمها ظهر أن كل شواهده على ذلك كانت عبارة عن حالات طلبت فيها المدرِّسة منه أن يخضع لنفس النظام والقواعد شأنه في ذلك شأن التلاميذ الآخرين.

فيليب:

السرقة: اعترف فيليب بسرعة بأنه أخذ النقود من غرفة الطعام عندما لم يكن هناك من يراه. وعندما سئل لماذا أخذها أجاب ببساطة بأنه كان يحتاج إليها للحصول على الحلوى التي أكل بعضها وقدم معظمها للأطفال الأصغر منه سناً في الحي الذي يسكنه. ولم يبد أي غضب تجاه المدرسة، وكان آسفاً لأنه أخذ النقود، ولكنه شعر بأنه كان في حاجة إليها وظن أن المدرسة لن تشعر بذلك. وكانت تبدو عليه الرغبة في أن يتحدث إلى السيكولوجي، وأن يرضيه، ووافق على إن ما فعله خطأ، ولكنه لم يقدم أي سبب لما قام به سوى أنه كان يرغب في الحصول على الحلوى.

خلفية فيليب: كان فيليب يكبر معظم تلاميذ صفه بسنة لأنه أعاد الصف

الدراسي الثاني. ومنذ ذلك الوقت كان ينتقل من صف لصف أعلى بانتظام حاصلاً عادة على الحد الأدنى من الدرجات (العلامات) التي تسمح له بالانتقال، ولكن عمله المدرسي كان أقل من المتوسط بدرجة واضحة. وكان فيليب يعيش في حي من أحياء الطبقة الوسطى الدنيا. وكان أبوه الذي يعمل في السكك الحديدية والذي كان يبقى بعيداً عن المنزل معظم الوقت أكبر سناً بكثير من معظم آباء الأطفال الذين في سن فيليب، وذلك لأن فيليب وُلِدَ في وقت متأخر من حياة والده الزوجية. وكانت لفيليب أختان أكبر منه، إحداهما أنهت الدراسة بالمدرسة الثانوية وكانت تعمل، والأخرى تزوجت وتركت الأسرة، وكان فيليب قليلاً ما يرى أياً من الأختين.

كان فيليب يبدو أثقل وزناً من الأطفال الآخرين، ولكن وزنه أخذ في الازدياد كثيراً منذ كان في الصف الثالث. وفي الصف الرابع والخامس كان الأطفال الآخرون يغيظونه بإطلاق لفظ «البدين» (تختخ) عليه. وقد تجنب الاشتراك في الأنشطة الرياضية مع الأطفال الذين هم في سنه لأنهم كانوا غالباً ما يسخرون منه، ولم يكن له أصدقاء من نفس سنه، ولكن أصدقاءه الوحيدين كانوا أطفالاً من الجيران أصغر منه سناً ببضع سنوات، وكان يمد هؤلاء الأطفال بالحلوى والهدايا الأخرى كلما استطاع الحصول عليها.

وقد أبدى كلا الوالدين قلقاً عليه وحباً له واهتماماً به. وقد اعترف كلاهما بأن معظم مشكلاته ارتبطت بكون ولادته جاءت مفاجأة لهما إذ لم يكونا قد خططا لمجيئه، ذلك أنه وُلِدَ وأمه في الأربعين من عمرها، وأبوه في الرابعة والأربعين. وقد أرجع أبوه السبب في أنه لا يقضي وقتاً طويلاً مع فيليب إلى سنه وعمله، في حين أن أمه اعتذرت عن هذا بسبب سنها وصحتها. وقد حاول الوالدان أن يجعلا فيليب يقلل من تناوله للحلوى، وأن يشارك بصورة أكثر من الأنشطة الرياضية، وأن يلعب مع الأولاد الذين هم في مثل سنه، ولكنهما فشلا في ذلك وتركاه متخذين الطريق الأقل مقاومة.

وقد ظهر أن فيليب أقل من المتوسط في قدرته العقلية عندما طبق عليه «مقياس ستانفورد ـ بينيه» Stanford — Binet scale. وعلى الرغم من أنه لم يعتبر مشكلة سلوكية في المدرسة، إلا أن أحداً من المدرسين لم يكن يهتم به اهتماماً خاصاً. وكانت المدرسة من وجهة نظره مملة، كما كانت خبرة مؤلمة له في بعض

الأحيان (وذلك عندما يطلب منه تلاوة دروسه في أوقات الامتحانات عندما يتضح بدرجه أوضح ضعف قدرته التحصيلية).

لقد كان في الحقيقة صبياً حساساً وحيداً لا يحصل إلا على إشباعات ضئيلة في حياته، فيما عدا الحلوى التي يأكلها مع الأطفال الأصغر منه سناً والذين يلعب معهم.

روس:

السرقة: أخذ روس هو الآخر النقود من حقيبة مدرّسته عندما كانت خارج الفصل. وعندما اكتشفت أمره أنكر أنه أخذ النقود، ولكنه اعترف بالسرقة في تردد عندما ووجه بالدليل بأن آخرين قد شاهدوه وهو يفتح حقيبة المدرِّسة. وقد اتخذ في بادىء الأمر موقفاً عدوانياً تماماً تجاه السيكولوجي الذي أجرى المقابلة معه. وحاول جاهداً ألا يظهر خوفه من النتائج، ولم يقدم عن نفسه أية معلومات، أو لعله قدم القليل منها. وعندما سئل لماذا أخذ النقود لم يجب إلا بمجرد هز كتفيه. وعندما سئل ماذا فعل بها لم يجب إلا بقوله «لقد صرفتها ولم أتذكر فيما صرفتها».

خلفية روس: كان روُس على العكس من جون وفيليب صبياً محبوباً من مجموعة كبيرة من تلاميذ الفصل على الأقل. وكانت مَدْرسة روُس في منطقة فقيرة قذرة مزدحمة بالسكان، معظم أطفالها من الطبقة الفقيرة نسبياً. وكان روُس وسيم الشكل، رياضياً، مغرماً بالظهور بمظهر القوي العنيف. وكان أكبر ثلاثة إخوة، وكان أخواه الأصغر منه سناً يعظِّمانه. وعندما سئل عن أخويه أبدى حمايته لهما واهتمامه بخيرهما. وقد هجر أبوه أمه عندما كان روُس في التاسعة تقريباً وترك المدينة. وقد اشتغلت أمه كمضيفة في مطعم وانتقلت إلى شقة أصغر في منطقة أكثر فقراً من المدينة. ولم يكن المنزل ملائماً من الناحية المادية، وكان مكاناً يرتاح الإنسان إذا ما تركه أكثر مما يُسَرُّ إذا ما أتى إليه. وقد انتقلت جدته لأمه للسكن معهم لكي «تعتني بالأولاد». وقد كان زواج أمه في سن مبكرة، وكانت عندما انفصل عنها زوجها لاتزال إمرأة صغيرة السن لها أصدقاء متعددون ولكنها لم تتزوج. ولم يكن روُس يرغب في الحديث عن والده، ولم تزد أمه عن قولها عنه إنه كان سيئاً «يكثر من الشراب» وكثيراً ما كان متعطلاً عن العمل.

وكان جناح التلاميذ مشكلة شائعة في هذه المدرسة، ويبدو أن روُس كان زعيمًا لأقرانه. وعلى الرغم من أنه لم يسبق له إن ضبط في مخالفة خطيرة من مخالفات الأحداث، إلا أنه أرسل إلى مكتب ناظر المدرسة عدة مرات لأسباب تتعلق بالنظام ومنها التغيب دون إذن.

وعندما استطاع السيكولوجي أن يحصل على ثقة روُس، وجعله يتكلم بحرية أكثر، أظهر روُس شعوراً ضئيلاً بالذنب لأخذه نقود المدرِّسة، ولكنه أبدى ارتياحاً لإعجاب معظم التلاميذ الآخرين في الفصل لما قام به، وذكر أنه كان على وشك الإفلات بما سرقه لولا بعض التلاميذ الأمناء في فصله الذين أفشوا سره.

وقد أشارت الاختبارات إلى أنه متوسط القدرة العقلية. وعلى الرغم من ضآلة درجاته في المدرسة إلا أنه لم يبد أي اهتمام بهذا وأعرب عن ثقته في أنه يستطيع أن يفعل ما يريد أن يفعله. ولم يعبر بوجه عام عن عداوة أو غضب تجاه مدرِّسيه قائلاً إن معظمهم لا بأس بهم، ولكنه اعترض على إثنين منهم لصرامتهما. وكانت الشكوى منه عندما كان يرسل إلى مكتب ناظر المدرسة هي التضارب مع الآخرين. وقد اتضح إنه كان يحمي أخويه الصغيرين اللذين كان يحبهما. ومن الواضح إنه لم يَكن إلا قليلاً من الاحترام لجدته، ولكن ارتباطه الشديد بأمه كان واضحاً ولم يتحدث عنها إلا بالخير.

وقد أظهرت أمه قلقاً بالغاً بشأنه قائلة إنها لم تستطع أن تعتني به أثناء النهار بسبب عملها، وغالباً ما كانت تكرر ادعاءها بأن هجر زوجها لها كان السبب في جميع الصعوبات التي تواجهها. وذكرت بأن روُس لا يثير معها أية مشكلة، وأنه ولد طيب في البيت، وأن «جميع مشكلاته نشأت في المدرسة». وبدت كما لو كانت تقول «إن هذه مشكلة المدّرسة وليست مشكلتي». وقد أبدت مرة أو مرتين قلقها حيال مستقبل روس.

العلاج:

من الممكن أن نرى بسهولة من تاريخ الحالات الثلاث السابقة أنه على الرغم من أن هؤلاء الأولاد الثلاثة قد ارتكبوا نفس الخطأ إلا أنهم كانوا مختلفين تماماً. ولكي نفهم حقيقة ما قاموا به ولماذا قاموا به، كان علينا أن ندرس تاريخ

تطورهم وبيئاتهم التي نشأوا فيها، والظروف التي أحاطت بما قاموا به. ولم يكن في مقدورنا أن نتوقع أن نفهم هؤلاء الأطفال والأسباب التي أدت إلى سلوكهم هذا، أو أن نحدد كيف نساعدهم دون أن نعلم الشيء الكثير عن تاريخ حياتهم وخبراتهم المبكرة.

وتبسيطاً للأمور تبسيطاً شديداً، يمكن أن نقول إن جون سرق لأنه كان غاضباً، وإنه أراد أن ينتقم من مدرسته التي سببت له الشعور بالإحباط وأرادت أن تعلمه النظام، وإنه عندما كان يحبط في الماضي كان يجد أنه يستطيع أن يصل إلى ما يريد بأن يبدي غضبه على أمه. أما فيليب فقد سرق لأنه احتاج إلى النقود للحصول على الإشباع الوحيد الذي يجده في حياته وهو الحلوى وحب الأطفال المجاورين له والأصغر سناً منه. وروُس بدوره سرق لأنه توقع أن يحصل بذلك على إعجاب الأطفال الآخرين له، وبذلك يحتفظ بمركزه كزعيم لمجموعة من الأطفال الجانحين. وتعتبر السرقة في البيئة الاجتماعية التي كان يعيش فيها جون وفيليب سلوكاً سيئاً وأمراً يخجل الإنسان منه. أما في البيئة الاجتماعية التي عاش فيها روُس فإن السرقة تعتبر مهارة وأمراً يفخر به الإنسان، وخاصة إذا أمكن له أن يقوم بها دون أن يضبطه أحد.

وقد كان من الضروري في علاج جون أن يصرف السيكولوجي بعض الوقت في التحدث مع أبيه. وقد اعترف الأخير بالحاجة إلى ذلك، على الرغم من أنه كان في أول الأمر متردداً في الحضور إلى العيادة النفسية والاستغناء عن جزء من وقته المخصص لأعماله. وبعد أن عبّر عن بعض مشاعره نحو زوجته وابنه استطاع أن يقبل دور الأب والوالد بمحاولة القيام بنشاط أكثر مع ابنه، وببذل جهد أكبر في تهذيبه (تعليمه النظام)، وبإبداء اهتمام أكبر به. وقد اعتمد العلاج الناجح مع جون على رغبة أبيه في أن يزود ابنه بالحب والتوجيه وقدرته على ذلك، وكذلك على رغبة أمه في التغلب على مشكلاتها الخاصة وقدرتها على ذلك.

وفي حالة فيليب كان يبدو من المفيد أن يقضي السيكولوجي وقتاً أطول معه مباشرة. فقد كان عمل والده وسن والدته وصحتها بحيث بدا أنه من الحكمة أن نقدم له معالجاً يمكن أن يرتبط به، ويمكن أن يساعده على أن يتقبل نفسه بشكل أقوى. وفي حالته أيضاً كانت المدرسة عنصراً حاسمًا في علاجه.

فمن المحتمل أن مشكلاته كانت ستستمر ما لم تُقَوِّ المدْرسة فيه الشعور بالجدارة، وتعترف بقدراته، وتبدِ بعض الاهتمام بمشكلاته. وبالتالي، فقد تضمن علاجه عدداً كبيراً من المقابلات الطويلة مع السيكولوجي الإكلينيكي تهدف إلى زيادة تقبل فيليب لذاته، كما تضمن أيضاً عدة اجتماعات بين المدرسين والمسؤولين في المدرسة والسيكولوجي الإكلينيكي.

وقد كان علاج روُس أصعب من علاج غيره من عدة نواحٍ. فأمه لا تستطيع أن تترك عملها، أما جدته فكانت مسنة جداً، وغير مهتمة به لدرجة كبيرة. ثم إن نفس السلوك الذي أراد السيكولوجي أن يعدِّله كان مؤيداً ومدعمًا من أقرانه الذين يقضي معهم معظم وقته، ومنهم يحصل على معظم إشباعاته. وعلى الرغم من أن علاج روُس علاجاً فردياً وتعاون المدرسة كان يمكنهما إحداث بعض التغيير، فإنه ما لم تتم تغيرات اجتماعية كبرى في البيئة المحلية التي يعيش فيها بأكملها فإن توقعات العلاج الناجح كانت قاتمة. والواقع أنه لم يحاول أحد تقديم علاج جدِّي بسبب النقص في البيئة. إن وجود الأندية الخاصة بالأولاد وإمكانية استخدامها، وكذلك الأنشطة الاجتماعية التي يوفرها المجتمع، ووجود إخصائيين في شؤون الطلبة بالمدارس، وتوفير المساكن الملائمة والرخيصة كانت كلها تصبح ذات فائدة في علاج روُس علاجاً ناجحاً.

إن ما توضحه هذه الحالات الثلاث هو أن علم النفس هو أساساً علم تاريخي. فعلى العكس من الفيزياء والكيمياء والعلوم الطبيعية الأخرى التي يجب فيها أن ندرس القوى المؤثرة في الموقف لكي نفسر ظاهرة من ظواهرها، فإنه من الضروري في علم النفس لكي نفسر ظاهرة من ظواهره وأن نتنبأ بها في المستقبل أن نعرف الخبرات السابقة للأفراد ذوي العلاقة بالحالة. فمن الممكن أن يصنف مرضى كثيرون مختلفون تحت فئة واحدة ـ مثل متخلف عقلي، فصامي، جانح، متلجلج، عصابي ـ وذلك بسبب التشابه في سلوكهم. ولا يمكن افتراض أن الأشخاص الذين يصنفون تحت فئة واحدة هم في الحقيقة متشابهون تماماً، أو أن من الممكن علاجهم بطريقة واحدة، أو أن من الممكن أن نتنبأ بسلوكهم في المستقبل من سلوكهم في الوقت الحاضر. أن «القوانين» التي تحكم اكتساب السلوك الجديد واختيار أساليب السلوك البديلة في المواقف المعقدة يفترض أن تكون واحدة بالنسبة لجميع الأفراد. ولكن لمَّا كان لكل فرد خبراته

التي تختلف عن خبرات غيره، فإن كل فرد يصبح حالة فريدة ينبغي أن ندرسها في ضوء تاريخ حياته لكي نفهمها فهمًا تاماً.

إن هذه العبارة الأخيرة يجب ألا نُسَلِّم بها على أنها تعني أن السيكولوجي الإكلينيكي، أو المنظرين في الشخصية يجب ألا يستخدموا التصنيفات أو الأوصاف العامة للإشارة إلى أوجه الشبه بين الأشخاص. فلكي نعمم ما نتعلمه من شخص إلى آخر يجب أن تكون لدينا أبعاد وصفية تشير إلى أوجه التشابه. غير أن تشابه عدد من الأفراد في أحد الأبعاد (مثل الجنسية المثلية أو انخفاض الذكاء أو العداء للآخرين) لا يعني أنهم «أنماط» يتشابهون في جميع خصائصهم. أن فهم سلوك فرد معين لا يأتي نتيجة وصفه بصفة واحدة وتصنيفة تحت فئة معينة أو نمط من الأنماط، ولكنه يحدث من فهم التفاعل المعقد بين خصائص مختلفة متعددة.

الفصل الثاني

اتجاهات تاريخية

يعتبر علم النفس الإكلينيكي أسرع العلوم التطبيقية تطوراً من بين العلوم الاجتماعية. وإذا ما قارنا عدد السيكولوجيين الإكلينيكيين في هذه البلاد (الولايات المتحدة الأمريكية) الآن (١٩٧١) بعددهم في عام ١٩٤٠ فإننا نجد أن هذا العدد تضاعف، ثم تضاعف مرة أخرى، ولايزال يتزايد بسرعة. وفي الوقت نفسه نجد أن ضروب الأنشطة المستخدمة، وأساليب ومناهج البحث، وطرق الاقتراب النظرية قد خضعت هي الأخرى لتغيرات سريعة. وقد يكون مفيداً لكي ندرك الممارسة في ميدان علم النفس الإكلينيكي الآن، أن نستعرضها في إطارها التاريخي.

وسوف نعرض في هذا الفصل نظرة عامة مختصرة للتأثيرات والتغيرات التي حدثت في علم النفس الإكلينيكي بصفة عامة. وفي الفصول الثلاثة التالية له سوف نصف الوظائف الأساسية لعلم النفس الإكلينيكي، والخلفية الخاصة بكل وظيفة.

البدايات الأولى للممارسة في علم النفس الإكلينيكي:

تفرعت أصول علم النفس الإكلينيكي من مجالين من مجالات الدراسة، أحدهما هو دراسة السلوك غير السوي (الشاذ)، بما فيه التخلف العقلي أو الضعف العقلي. وقد اهتم الأطباء في أواخر القرن الثامن عشر بالسلوك غير السوي، واعتبروه مرضاً لأول مرة منذ أيام أبقراط وجالينوس أكثر منه نتيجة لتسلط الشياطين، أو للسحر، أو لأسباب خفية أخرى. وقد شهد القرن التاسع عشر عدة محاولات لتصنيف هذه الاضطرابات، كما شهد عدداً من المحاولات الفجة لعلاجها، على الأقل في فرنسا. وعلى الرغم من أن بعض السيكولوجيين قد شاركوا في هذه المحاولات التي كانت ترمي إلى وصف المرض العقلي، إلا أن معظم اللذين اشتغلوا بهذه المحاولات كانوا من الأطباء. فقد بدأ بعض الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان Louis Rostan، وجان شاركو Jean Charcot، وإميل كرايبلين Emil Kraepelin، وإرنست كريتشمر Ernest Kretschmer، وبعض السيكولوجيين مثل بيير جانيه Pierre Janet في وصف بعض الاضطرابات على أنها ظواهر طبيعية، وحاولوا أن يجمعوا العوامل والأسباب التي تؤدي إلى هذا الشذوذ العقلي. وبدأ شاركو Charcot، وجانيه Janet، وهيبوليت بيرنهيم Hippolyte Bernheim في معالجة الهستيريين (الأشخاص الذين يعانون من شكاوى جسيمة خطيرة دون وجود أية أعراض مرضية عضوية يمكن ملاحظتها) عن طريق التنويم. وفي الولايات المتحدة اهتم ليتنر ويتمر Lightner Witmer الذي أنشأ أول عيادة سيكولوجية عام ١٨٩٦ في جامعة بنسلفانيا، بالأطفال المعوقين والمضطربين إنفعالياً. وفي نفس الوقت قدم وليم جيمس Wiliam James السيكولوجي الفيلسوف إسهاماته الباقية في ميداني الشخصية السوية وعلم النفس المرضي.

أما المجال العام الآخر الذي غذّى علم النفس الإكلينيكي فقد كان دراسة الفروق الفردية. والشخصية الأولى العظيمة في هذا الميدان كان انجليزياً يدعى فرانسيس جالتون Francis Galton العالم الذي شملت اهتماماته عدة فروع. ففي الثمانينات من القرن التاسع عشر كانت دراساته عن الفروق الفردية، وخاصة عن الرجال العظام، قد وضعت أسس ميدان جديد من ميادين الدراسة أصبح منذ ذلك الوقت من أهم مظاهر علم النفس الأمريكي. وفي عام

١٨٩٠ ـ بعد جالتون بقليل ـ اهتم جيمس ماككين كاتل James Mckeen Gattell بالفروق الفردية، ونشر مقالة هامة بعنوان «الاختبارات والمقاييس العقلية». ونتيجة لما قام به وما قام به سيكولوجيون آخرون من بعده، أصبح وضع الاختبارات النفسية وتطويرها مظهراً هاماً من مظاهر علم النفس الأمريكي.

ومع ذلك، لم يقتصر وضع الاختبارات على أمريكا. فقد نشر ألفرد بينيه Alfred Binet بالاشتراك مع تيوفيل سيمون Theophile Simon في عام ١٩٠٥، اختباراً شاملاً لقياس القدرة العقلية لأطفال المدارس. وقد صمم الاختبار بناء على طلب من السلطات التعليمية في فرنسا ليشخص الأطفال المتأخرين عقلياً بدرجة لا يستطيعون معها الإفادة من التعليم الذي يتلقونه في المدارس العادية. وقد حدد وضع هذا الاختبار بدء استخدام الوسائل النفسية الموضوعية في تشخيص الشذوذ العقلي. وهذا المقياس الذي عرف أصلاً «بمقياس بينيه ـ سيمون» للذكاء حظيّ بالمراجعة عدة مرات، ولايزال الاختبار الأساسي المستخدم في هذه البلاد لتقويم ذكاء الأطفال. ويطلق عليه الآن «اختبار ستانفورد بينيه» المعدل للذكاء.

اتجاهات في علم النفس الإكلينيكي الحديث:

كان معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية يعملون أولاً في علاج مشكلات الأطفال. وكانوا يقومون بذلك في مؤسسات مختلفة مثل عيادات الجامعات، وعيادات المجتمعات المحلية، والعيادات المتجولة التي تديرها إدارات الخدمات العامة في الولايات، وأحياناً إدارات التربية، وكذلك مؤسسات ضعاف العقول، والعيادات الخاصة بالمعوقين جسمياً، وعيادات أمراض الكلام، ومؤسسات الأحداث الجانحين. وكانت وظيفة السيكولوجيين الإكلينيكيين الأساسية هي إجراء الاختبارات السيكولوجية التي تقيس أساساً القدرة العقلية والتحصيل المدرسي، وكذلك قياس الاستعدادات الخاصة (مثل الاستعدادات الميكانيكية والموسيقية)، ونواحي العجز الخاصة (مثل الصعوبات المتعلقة باللغة والذاكرة والإدراك السمعي والبصري).

وبالإضافة إلى المعلومات التي يحصل عليها السيكولوجي الإكلينيكي من هذه الاختبارات، نجد المعلومات التي يحصل عليها السيكولوجي الإكلينيكي من

دراسته للحالة سواء حصل عليها مباشرة من الحالة أو من الإخصائيين الاجتماعيين أو المدرسين. وكانت المعلومات المجمعة تستخدم أساساً في وضع التوصيات التي تقدم عادة إلى المدرسين والآباء والمعالجين الذين يعملون في التدريب على نواحي العجز (مثل المدرسين المختصين في تصحيح النطق، ومدرسي الصمّ، ومدرسي المكفوفين وغير ذلك). وكانت التوصيات تقدم أيضاً للأطباء، والسلطات المسؤولة عن مؤسسات الجانحين، والمحاكم، وغيرها من المؤسسات الاجتماعية.

وعادة كان إعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم في الجامعات على العمل الإكلينيكي محدوداً جداً، ويتضمن عادة مقرراً في إجراء اختبار(**) ستانفورد ـ بينيه للذكاء، ومقرراً في القياس الجمعي، ومقرراً في علم النفس المرضي، وقد يضاف إلى ذلك مقرر في سيكولوجية الطفولة أو سيكولوجية النمو. وكان معظم التدريب يتم أثناء العمل باعتباره خبرة ميدانية. وفي بعض الحالات النادرة كان ثمة تدريب داخلي حقيقي مثل التدريب الذي كان يقدم في مستشفى ولاية وُورسِسْتَرَ Worcester State Hospital والذي وضعه دافيد شاكاو David Shakow في عام ١٩٣٨.

ونادراً ما كان السيكولوجي الإكلينيكي يقوم بالعلاج النفسي الشامل وجهاً لوجه مع الأطفال. وعندما كان يقدم مثل هذا العلاج، كان يقدم عادة في عيادات البيئة المحلية، وكانت الطريقة المستخدمة تقوم على أساس العلاج عن طريق اللعب الذي طورته أنّا فرويد Anna Freud وميلاني كلين Melanie Klein اللتان طبقتا مناهج التحليل النفسي التي قال بها فرويد في العلاج النفسي مع الأطفال. ومن حين لآخر، كان السيكولوجيون الإكلينيكيون الذين يعملون مع المراهقين الجانحين والأشخاص الذين يعانون من مشكلات في الكلام، وخاصة المصابين منهم باللجلجة، يقومون بتطبيق نوع من العلاج الذي يقوم على أساس من الفهم العام.

وكان العمل مع الراشدين أقل انتشاراً بكثير من العمل مع الأطفال. فالسيكولوجيون الإكلينيكيون العاملون مع الراشدين أساساً كانوا يشتغلون عادة

(**) يستخدم المؤلف مقياس واختبار بمعنى واحد رغم أن البعض لا يرى ذلك (المترجم).

في المستشفيات العقلية للولايات، وكان عملهم الرئيسي فيها هو إجراء الاختبارات لمساعدة أطباء الأمراض العقلية (النفسية) في القيام بعملية التشخيص. وكانت بعض الوظائف متاحة في إدارات السجون حيث كان السيكولوجيون يقومون بقياس الذكاء، ويحاولون تحديد المسجونين المصابين بالأمراض العقلية، وكانوا يجرون الاختبارات الخاصة التي تساعد على وضع المسجونين في المهن والمدارس الموجودة داخل السجون. وفي بعض الأحيان كان سيكولوجيو السجون يقومون بالعلاج الفردي أو الجماعي. أما في مستشفيات الأمراض العقلية فإن العلاج النفسي الفردي والجماعي كان محدوداً، وإذا وجد أصلاً، فإنه كان يمثل جزءاً ضئيلاً من واجبات السيكولوجي. وغالباً ما كان السيكولوجيون الإكلينيكيون الذين يعملون في المؤسسات يشتركون في مسائل توظيف أو اختيار الممرضين والمساعدين والموظفين الآخرين. وكان عملهم هو إجراء الاختبارات للمتقدمين وتقويم ذكائهم وتوافقهم الشخصي وثباتهم الانفعالي.

وقرب أواخر الثلاثينات زاد الاهتمام باختبارات الشخصية، وخاصة للراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية، ولكن الاهتمام كان أشد بدرجة كبيرة باختبارات القدرات والنقص العقلي، واختبارات العجز الذي يطرأ على القدرة العقلية والناشيء عن المرض العقلي أوالتلف الذي يصيب المخ، واختبارات المهارات ونواحي العجز الخاصة.

ومعظم الكتب التي نشرت في هذه الفترة في ميدان علم النفس الإكلينيكي العام كانت تتعرض لكيفية إجراء الاختبارات العقلية وتصحيحها وتفسيرها. وكانت معظم بحوث السيكولوجيين الإكلينيكيين تتناول القيمة التشخيصية لاختبارات الوظائف العقلية، أو وضع اختبارات تشخيصية جديدة وإثبات صدقها، وقلما كان يشتغل السيكولوجيون في نشر البحوث التي تتعرض لوصف العلاج القائم على المقابلة وجهاً لوجه بين المعالج والمريض.

وقد أدى قيام الحرب العالمية الثانية، الحرب نفسها وما تلاها، إلى إحداث تغيرات هامة في العمل الذي يقوم به السيكولوجيون الإكلينيكيون. ومن أهم النتائج الأولى للاضطرابات السياسية في أواخر الثلاثينات هجرة عدد كبير من السيكولوجيين والسيكياتريين (الأطباء النفسيين) الأوروبيين إلى الولايات المتحدة

هروباً من النظم الدكتاتورية. وكان معظم هؤلاء يميلون إلى التحليل النفسي، كما أنهم كانوا قد دربوا على القيام به. وعلى الرغم من أنهم لم يبدأوا التحليل النفسي في هذه البلاد (الولايات المتحدة)، إلاّ أن أنشطتهم وكتاباتهم أدت إلى زيادة الاهتمام بالشخصية وتطورها بوجه عام، وإلى انتشار المفاهيم التحليلية بوجه خاص. وكان الأثر العام على السيكولوجيين والسيكياتريين الذين اتصلوا بهؤلاء القادمين الجدد هو تقليل التوكيد على اختبارات الذكاء وأوجه النقص العقلي والقدرات، وزيادة التوكيد على الشخصية وقياس خصائص الشخصية المنحرفة (غير السوية).

وأدت الحرب نفسها إلى زيادة الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكي وإلى زيادة إمكانات إسهامه في علاج المرضى العقليين. وقد دعت زيادة الأعداد الكبيرة من المرفوضين من الخدمة العسكرية بسبب عدم الثبات الانفعالي والضعف العقلي، وكذلك أعداد الإصابات (الخسائر) النفسية في القوات المسلحة إلى اهتمام قومي أكبر بمشكلة العلاج والوقاية من الاضطرابات العقلية. وانعكس هذا الاهتمام في تضخم ميزانية المعهد القومي (الوطني) للصحة النفسية (العقلية) بعد الحرب. وقد ترك السيكولوجيون انطباعاً قوياً على المشتغلين في ميدان الصحة النفسية ليس فقط بسبب الأساليب التي يتّبعونها، والتي يمكن استخدامها في عمليات الاختيار، بل بسبب معرفتهم العامة بأساليب البحث. وعندما خصصت وزارة الصحة العامة للولايات المتحدة منحاً للولايات لأغراض الصحة النفسية في أعقاب الحرب أكدت على توظيف السيكولوجيين الإكلينيكيين للأغراض الإكلينيكية وللبحوث.

وفي القوات المسلحة وجد أن الخدمات الطبية غير معدة لعلاج مشكلة الانهيارات السيكولوجية التي تحدث سابقة للمعارك أو في أثنائها. فقد كان السيكياتريون (الأطباء النفسيون) قليلي العدد، ونتيجة لذلك درب السيكياتريون والسيكولوجيون على تناول هذه المشكلات في مقررات قصيرة. ومرة أخرى ترك السيكولوجيون بأساليبهم في الاختيار وبمعرفتهم بأساليب البحث انطباعاً قوياً على المشتغلين في هذا الميدان. وقد تضمنت الخطط الموضوعية للتوسع في برامج رعاية قدماء المحاربين (الجنود المسرحين) وعلاجهم مبالغ ضخمة لتدريب السيكولوجيين الإكلينيكيين وتوظيفهم.

وقد قدمت وزارة الصحة العامة للولايات المتحدة وإدارة المحاربين القدماء (المسرحين) معونات خصصت لإعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم بالجامعات التي كانت تقدم برامج شاملة على مستوى الدكتوراه. وكثير من الطلبة أنفسهم كانوا يجدون المعونة بالعمل في نطاق التسهيلات التي تقدمها إدارة المحاربين القدماء والتي كانت موزعة في أنحاء الولايات المتحدة. وكان هؤلاء الطلبة يقومون بعملهم الإكلينيكي مع الذين تسببت الحرب في عجزهم السيكولوجي. وقد أدى برنامج إدارة المحاربين القدماء الذي كان أوسع البرامج القائمة إلى أن أصبح الاتجاه الأساسي بعد الحرب منصباً على مشكلات الشخصية. وأصبحت إدارة المحاربين القدماء هي نفسها راغبة في توظيف السيكولوجيين الذين أنهوا البرامج المعترف بها بمرتبات تفوق عادة المرتبات التي يمكن الحصول عليها من العمل في المدارس والسجون والمراكز المحلية. ونتيجة لهذا، ازداد الاهتمام بصورة ملحوظة بالعمل مع الكبار الذين يعانون من إنهيارات أو مشكلات في الشخصية في أعقاب الحرب.

وفي أثناء الحرب أدت ضرورة العمل على إعادة أكبر عدد ممكن من المجندين إلى ميدان القتال، إلى اللجوء إلى عدد من المحاولات المعدلة لتقديم العلاج النفسي للمرضى. وكان كلما توافر عدد من السيكولوجيين الإكلينيكيين فإنهم كانوا يدعون عادة إلى القيام بالعلاج الجمعي، وفي بعض الأحيان إلى القيام بالعلاج الفردي.

إن ما قام به كارل روجرز Carl Rogers في ميدان العلاج النفسي في أثناء الحرب وبعدها مباشرة، وبخاصة اهتمامه بنشر نصوص ما يدور في الجلسات العلاجية، قد أثار اهتماماً كبيراً. وقد أخذ المنهج العقيم الذي يهتم بتصنيف الاضطرابات العقلية ووضعها تحت أسماء محددة يتلاشى، لدى عدد كبير من السيكولوجيين على الأقل، وحلّت محله رغبة شديدة للقيام بالعلاج أو بما يساعد المريض مساعدة مباشرة. إن هذا الاهتمام بالعلاج النفسي للكبار ووجود عدد من المحللين النفسيين المدربين من الأطباء أو من غير الأطباء القادمين من أوروبا، فتح أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين مجال علاج الكبار وجهاً لوجه علاجاً طويل الأمد. وقد كان هذا العمل في السابق يكاد يكون مقصوراً على قليل من السيكياتريين المدربين على التحليل النفسي. وأصبح من المقبول لدى

السيكولوجيين الإكلينيكيين أن يقوم بالعلاج من لم يخضع للتحليل النفسي، أو من لا يتصف باتجاه تحليلي، أو من لم يحصل على درجة الدكتوراه في الطب.

وقد قدمت وزارة الصحة العامة في الولايات المتحدة مساعدتها لعقد مؤتمر لإعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم في بولدر بكلورادو Boulder, Colorado في عام ١٩٤٩. وقد انتهى هذا المؤتمر بعدد من الأمور المتفق عليها، منها أن يكون الحصول على دكتوراه الفلسفة هو الحد الأدنى لمن يطلق على نفسه سيكولوجياً كلينيكياً. وبذلك أصبح يطلب من السيكولوجيين الإكلينيكيين، ليس في الجامعة فحسب بل في كثير من المؤسسات الأخرى أيضاً، سواء بصورة رسمية أو غير رسمية، أن يكونوا حاصلين على دكتوراه الفلسفة، وألغت جامعات كثيرة إعداد السيكولوجيين وتدريبهم على مستويات أقل من مستوى دكتوراه الفلسفة. وبسبب الوظائف المتاحة أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين أصبح من الطبيعي أن يلتحق معظمهم، مستثمرين ما حصلوا عليه من إعداد وتدريب أعلى، في وظائف تتميز بأفضل مستقبل اقتصادي ممكن. ولما كانت هذه الوظائف لا تتضمن الوظائف الموجودة بالعيادات المحلية، والسجون، والمدارس، وعيادات المعوقين جسمياً وغيرها، فقد اتجه التيار إلى العمل مع الكبار ومشكلاتهم. وقد ازداد عدد السيكولوجيين الإكلينيكيين الذين قبلوا وظائف في إدارة قدماء المحاربين، ومستشفيات الولايات، والجامعات، وكليات الطب الجامعية، والممارسة الخاصة، ومؤسسات الاستشارة الصناعية. وبحلول عام ١٩٦٠ أصبحت مشكلة علاج قدماء المحاربين أقل حدة، وبدأ الاهتمام بعلاج الأطفال ومشكلاتهم تتزايد مرة أخرى.

إن من الممتع أن نلاحظ هذه التغيرات، إذ أنها تصور لنا كيف تؤثر الأحداث الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في تطور أي علم من العلوم. إن أنواع المشكلات التي يبحثها العلم، والطريقة التي ينظر بها إلى هذه المشكلات تتأثر بوجه عام بالظروف السائدة في المجتمع، وهي ليست مستقلة عنها. إن اتجاهات جديدة في العلم، بالإضافة إلى تأثيراتها في طبيعة التغيرات في المستقبل، تنشأ نتيجة للتغيرات التي تحدث في مجتمع ما.

ملخص:

نجد بذور علم النفس الإكلينيكي في أعمال السيكولوجيين والأطباء الفرنسيين والألمان في محاولاتهم لتصنيف الشذوذ العقلي، وفي دراسة الفروق الفردية في انجلترا والولايات المتحدة أساساً. وقد اهتم العمل السيكولوجي الإكلينيكي في أول الأمر بوضع وتطبيق الاختبارات العقلية الفردية لأغراض التشخيص.

ومنذ أوائل الثلاثينات حدث تحول عام في اهتمامات السيكولوجيين الإكلينيكيين وأوجه نشاطهم:

(١) من الاهتمام الرئيسي بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.

(٢) ومن الاهتمام الشديد بقياس الذكاء ونواحي العجز والآثار التي تحدث عنها في القيام بالوظائف العقلية إلى الاهتمام بقياس صفات الشخصية والتوافق.

(٣) ومن الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلي مع توكيد وظيفة السيكولوجي كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسي وعلاج الحالات بالفعل.

الفصل الثالث

قياس الذكاء والقدرات

ما هو الذكاء؟

لمفهوم الذكاء عدة تعريفات مختلفة، وعدة تفسيرات متباينة. وأكثر التعريفات انتشاراً بين غير السيكولوجيين هو «أنه قدرة الفرد العامة الموروثة الثابتة نسبياً، على التعلم، وحل المشكلات، والتوافق للبيئة». وقد أثيرت عدة اعتراضات على بعض عناصر هذا التعريف. فقد طرحت الأسئلة التالية: إلى أي حد تُعتَبر هذه الإمكانية عامة؟ وإلى أي حد هي ثابتة حقاً؟ وإلى أي حد تتحدد بالعوامل الوراثية؟ وإلى أي حد تتأثر بوجود الكائن الحي في الرحم والظروف المادية في الطفولة المبكرة؟ وإلى أي حد تتأثر بالتدريب والاستثارة والبيئة؟ هل الذكاء يمثل متوسط عدة قدرات نوعية أم إنه قدرة عقلية عامة تؤثر بدورها في تعلم مهارات أو قدرات نوعية أخرى؟ هل يعني أداء الطالب في الحساب بدرجة جيدة أن من اللازم أن يكون أداؤه جيداً بنفس الدرجة في اللغة الفرنسية، وإذا كان تحصيله للمفردات جيداً فهل معنى ذلك أنه من اللازم أن يكون قادراً على تعلم ما يتصل بالميكانيكا بسهولة؟

لقد كانت الإجابة عن هذه الأسئلة ومازالت غير واضحة لأسباب، منها أن من بين الذين يسألون هذه الأسئلة من لا يدركون طبيعة المصطلحات والمفاهيم أو التكوينات السيكولوجية. وحتى الطالب المبتدىء في علم النفس قد لا يدرك طبيعة علم النفس كعلم ما لم يكن مدركاً لطبيعة المصطلحات العلمية المستخدمة فيه.

طبيعة التكوينات السيكولوجية:

إذا رتبت مجموعة من الأشياء الخاصة بالمنزل في غرفة وطلب منك أن تصفها، فقد تستخدم سلسلة من المصطلحات تتراوح بين ما هو عام جداً إلى ما هو خاص جداً اعتماداً على عدد الأشياء التي يمكن أن تطبق عليها كل مصطلح. فمثلاً، قد تستخدم المصطلح «ثقيل» لوصف بعض الأشياء دون الأخرى، في حين أن صفة الثقل يمكن أن تنطبق على جميع الأشياء. إن مفهوم الثقل أكثر عمومية من مفهوم ثقيل أو خفيف. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مصطلحيّ ثقيل أو خفيف مصطلحان نسبيان. فهما ليسا صفتين مطلقتين للأشياء، بل أن معنيهما يتحددان فقط بالنسبة للأشياء الأخرى. هل الكرسي ثقيل أم خفيف؟ إذا قلنا أن الكرسي خفيف هل يعني هذا أننا لا نستطيع أن نطلق لفظ ثقيل على أي شيء يكون وزنه أقل من الكرسي؟

وبالمثل نجد أن وصف أزرق يصف بعض الأشياء الموجودة، ولكن وصف ملوّن ينطبق عليها جميعها. إن مفهوم اللون أعم من مفهوم الزرقة. ولكن أين هو اللون في الشيء؟ أين هي الزرقة في السماء؟ وأين هي صفة الطول في الطاولة؟ وأين هي الاستدارة في الكرة؟ إن ما نحاول توضيحه بهذه الأسئلة هي أن المصطلحات التي تستخدم لوصف أحداث (ظواهر) الطبيعة إنما تصف مظاهر الأحداث وليست الأحداث نفسها. وهي ليست بحاجة لأن يكون لها مكان معين في الأشياء التي تصفها، أو أي معنى مطلق. إن المفهوم، أو التكوين، أو المصطلح العلمي هو تجريد لبعض مظاهر الأحداث أمكن التوصل إليه من وجهة نظر خاصة. فالتكوينات تتراوح بين الخاص والعام جداً، وتخدم أهدافاً متنوعة لمن يستخدمها.

والآن فلنفترض أنك أخذت عدداً من الآلات، بعضها في حالة سيئة لا

يعمل، والبعض الآخر صالح للعمل مع شيء من الصعوبات الواضحة، والبعض الثالث في حالة تسمح لها بالعمل بسهولة، ثم طلبنا من شخص ما أن يصف حالة محركات هذه الآلات. إنه قد يقول إنها جميعها مسكونة بأرواح شريرة، ولكن الأرواح الشريرة التي تسكن المحركات التي تعمل بصورة جيدة نائمة، في حين أن الأرواح الشريرة التي تسكن في المحركات التي تعمل بصورة سيئة قد استيقظت وأخذت في إفساد عمل المحركات، أما المحركات التي لا تعمل إطلاقاً فإن الأرواح الشريرة التي تسكنها قد انتهت من عبثها وتسببت في توقفها تماماً. والآن إذا سألت هذا الشخص: «كيف تعرف ما إذا كانت هذه الأرواح الشريرة نائمة أم مستيقظة؟»، أو «متى تتسبب الأرواح الشريرة في تعطيل المحركات، ومتى يكون السبب راجعاً إلى عوامل أخرى غيرها، كأن تكون بعض أجزاء المحركات قد تلفت أو أن يكون الوقود قد نفد؟»، فقد يقول لك أنه عندما لا يجد أي سبب من الأسباب الأخرى فإن تعطل المحركات يكون راجعاً إلى هذه الأرواح الشريرة.

يتضح لنا من هذا المثال فيما يتعلق بالمفاهيم أو المصطلحات أو التكوينات أمران: الأول هو أن استخدام شخص ما لمصطلح من المصطلحات لا يعني بالضرورة أن هذا المصطلح يشير إلى شيء حقيقي. والثاني هو أن المفهوم سواء كان «حقيقياً أم غير حقيقي» قد يخدم هدفاً للإنسان بتفسيره لما لا يستطيع أن يفسره بطريقة أخرى. وفي هذه الحالة قد لا يُرضي المفهوم العالم أو الميكانيكي، لأنه لا يدله على كيف يصلح الآلة ولا متى يتوقع أن تعمل أو أن تتعطل عن العمل. إن مفهوم «الأرواح الشريرة» قد يكون مفيداً لشخص ما فيما يتعلق بغرض معين، ولكنه قد يكون غير مفيد على الإطلاق للعالم الذي يهتم بالتّنبُّؤ بالأحداث وكيف نشأت.

وفي جميع العلوم، تم فيما بعد استبعاد بعض المصطلحات التي استخدمت في وقت ما، باعتبار أنها مفاهيم ضعيفة أو خاطئة. إن الاعتقاد بأن المصطلح الذي استخدم لمدة طويلة هو مصطلح دقيق بالضرورة أو مفيد علمياً هو اعتقاد خاطىء. إن العاملين في ميدان العلوم الأكثر تقدماً قد تعلموا أن يسألوا السؤال التالي: «ما هي الطريقة الأكثر تنبؤاً لوصف الأحداث أو الأكثر فائدة؟» بدلاً من أن يسألوا: «ما هو هذا الشيء في حقيقته؟». وعلم النفس، نظراً لكونه

علمًا جديداً نسبياً، يتضمن مصطلحات أو مفاهيم كثيرة تحتاج إلى مراجعة أو حذف وإلى استبدال في النهاية بمصطلحات أفضل. إن العالم الحديث لا يسأل: «ما هو الذكاء في الحقيقة؟» بل إنه يسأل: «ما هي الطريقة المفيدة لوصف قدرات الناس حتى يمكن أن ندرك على أفضل وجه لماذا يسلكون على النحو الذي يتبعونه، وما الذي يمكن أن نتوقعه فيما يتعلق بسلوكهم في المستقبل؟».

وهناك في نظر العالم خاصيتان للمصطلحات العلمية ذاتها يمكن استخدامها كمعيارين لقيمتها. إحداهما الثبات أو إمكانية القياس. ونقصد بالثبات الدرجة التي يمكن بها لعدد من العلماء المتعددين أن يصفوا الحادثة الواحدة بطريقة واحدة. فمن الواضح أنه إذا انتهت مجموعة من العلماء الذين يلاحظون نفس الحادثة بقياسات مختلفة تماماً للمتغير الواحد، فإن الاتصال بينهم سوف يصبح محدوداً إلى درجة كبيرة، ولن تتوافر لديهم مجموعة من المعلومات المشتركة. وإذا لم تكن المصطلحات والمفاهيم ثابتة، فلن يكون هناك علم بالمعنى الحقيقي، وإنما تكون هناك آراء ذاتية فردية لدى عدد من الأشخاص المختلفين.

والمعيار العام الآخر للمفهوم أو المصطلح أو التكوين الجيد هو فائدته لغرض معين. نحن لا نستطيع أن ننظر إلى الشيء لنرى أين يكون ثقله، ولكن مع ذلك فإن مفهوم الثقل مفهوم له قيمته وهو مفيد لأغراض متعددة. فعندما نفكر في ثقل الشيء فإننا ندرك شيئاً عن قوّته التي يحدثها عندما يسقط، ونستطيع أن نتنبأ بما سوف يحدثه الشيء تحت عدد من الظروف المختلفة. وإذا أخذنا بنظر الاعتبار مفاهيم أخرى بالإضافة إلى الوزن مثل الحجم والمسامية فإنه يمكننا أن نتنبأ بما إذا كان يطفو فوق سطح الماء. وبعبارة أخرى، إن فائدة المفهوم يمكن أن تعرف بأنها الدرجة التي بها يمكن أن ندرك كيف تنشأ بعض الأحداث، وما هي الظروف التي تسبب نشأتها، وما هي التوقعات التي يمكن أن نصل إليها في المستقبل. وكما سنرى فيما بعد، إن مفهوم الذكاء باعتباره قدرة عامة موروثة ثابتة هو مفهوم محدود الفائدة، وليس هو وحده المفهوم المحدود الفائدة، بل إن كثيراً من المفاهيم التي ظهرت في الماضي عن طبيعة السلوك غير السوي (الشاذ) محدودة الفائدة أيضاً. والأسئلة التي سوف نحاول أن نجيب عنها في نهاية هذا الفصل ليست ما هو الذكاء حقاً، أو ما هي مكونات الذكاء الحقيقية؟ بل سوف نحاول أن نجيب عما هي الطريقة الثابتة والمفيدة في وصف

الناس حتى ندرك لماذا يتصرفون على النحو الذي يتصرفون وفقاً له فيما يتعلق بالمهارات المختلفة؟ وكيف يمكن أن نتنبأ بسلوكهم في المستقبل؟

الذكاء والاستعداد والتحصيل:

الذكاء، والاستعداد، والتحصيل تكوينات مرتبطة فيما بينها متميزة، وقد اعتمد عليها اعتماداً كبيراً في الماضي. والآن من الممكن أن نقوِّم معنى هذه التكوينات وملاءمتها، بعد أن بحثنا باختصار طبيعة التكوينات بصورة عامة.

مع أن الذكاء يعتبر عادة قدرة واسعة جداً، وأن الاستعداد يعتبر قدرة نوعية أو إمكانية للتعلم، إلا أن من المسلم به أنهما ثابتان وأنهما يقومان على أساس وراثي. ولذلك نتحدث عن الاستعداد الموسيقي، والاستعداد الميكانيكي، والاستعداد الرياضي (الجسمي)، والاستعداد الفني وهكذا. والتحصيل، تمييزاً له عن الذكاء والاستعداد، هو ما سبق أن تعلمه الفرد. وعلى ذلك، فهناك التحصيل في الرياضيات، والقراءة، والتهجئة، ومعرفة المبادىء الميكانيكة، وغيرها. ومن المسلم به أن بعض الأفراد نتيجة لمجهودات كبيرة يصلون في تحصيلهم إلى مستوى أعلى مما يحتمل توقعه من قدرته العامة أو الذكاء؛ وبالعكس قد يحصل آخرون على مستوى أقل بكثير مما نتوقعه لهم بسبب الدافعية المنخفضة أو المشكلات الانفعالية.

وكثير من الاختبارات التي يفترض فيها أنها تقيس أموراً مختلفة تستخدم في الواقع بعض البنود (الأسئلة) ذاتها وهي، جميعاً تقيس ما سبق للمُختَبَر (المفحوص) أن تعلمه. وتوجد الفروق بينها - إن وجدت - في بعض البنود النوعية المستخدمة أو طبيعة هذه البنود فمثلاً، تقوم كل من اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل في القراءة بقياس معرفة المفردات والقدرة على قراءة وفهم ما يقرأ. وعلى الرغم من محاولة واضعي اختبارات الذكاء استخدام البنود أو الأسئلة التي أتيحت لمعظم الناس فرص متساوية لتعلمها، إلا أنهم لا يستطيعون دائماً أن يحققوا هذا الهدف. وفي الواقع، تعكس اختبارات الذكاء فرص التعلم السابقة بالقدر الذي تعكسه اختبارات التحصيل المدرسية. وربما كان ما يفرق الواحد عن الآخر هو أن اختبارات الذكاء تأخذ عينات من القدرات المختلفة المتعددة حتى تصل إلى وصف لمتوسط عدد من القدرات، في حين أن اختبارات

التحصيل والاستعدادات تقيس قدرات أكثر نوعية فقط. ثم إن الدرجات في اختبارات الذكاء والتحصيل قد تتباين أيضاً لأسباب أخرى غير هذه. فاختبارات التحصيل اختبارات جمعية في الغالب، واختبارات الذكاء فردية؛ والتباين بينها في الدرجات قد يعكس مجرد الاختلاف في الدافعية والأمن اللذين يشعر بهما الطفل في كلا الموقفين.

ما هي نسبة الذكاء؟

عندما وضع بينيه وسيمون اختبارهما، حاولا أن يجدا مشكلات وأعمالاً أو أسئلة نوعية يمكن لمعظم الأطفال في سن معينة أن ينجحوا في الإجابة عنها، ثم نظموا هذه البنود في مستويات عقلية، وكانت الدرجة التي يحصل عليها الطفل في اختبارهما هي مستوى العمر الذي وصل إليه. وعلى ذلك، يمكن أن يتميز طفل معين بأنه ينجح في مستوى عمر متوسط يقدر بسن سبع سنوات أو أربع سنوات. وبإعطاء درجة معينة لكل بند (سؤال) يستطيع المختبر أن يصل إلى أحد المتوسطات. فمثلاً، إذا كان مستوى سن معين يتضمن أربعة بنود، واستطاع الطفل أن يجتاز اثنين منها، فإنه يعطى نصف السنة عن ذلك المستوى. فمثلاً، إذا أخذنا مستوى السنة الثامنة من العمر، فإن الطفل إذا اجتاز بنداً يتطلب منه أن يعرف معنى عشر مفردات من قائمة تحتوي على عدد أكبر، وبنداً يتطلب منه أن يعيد من الذاكرة جملة بسيطة، ولكنه فشل في بند يتطلب منه أن يشير إلى أوجه السخافة في سلسلة من الصور، أو يتطلب منه أن يذكر أيام الأسبوع بالترتيب، فإن الطفل، وفقاً للاختبار، يعمل على مستوى سن السابعة والنصف على شريطة أن يكون قد اجتاز جميع البنود التي في المستويات الأدنى، ولم يجتز أياً من البنود في المستويات الأعلى. وقد وضع بينيه ـ اعتباطاً ـ معياراً يحدد به ما إذا كان الطفل قادراً على الإفادة من استمراره في المدرسة وهو التأخر بما يعادل سنتين، أي أن يكون الطفل متخلفاً عن عمره الزمني بمقدار سنتين، باعتبار أنه علامة على التأخر الخطير. وكان يطلق على متوسط الدرجة التي يحصل عليها (أي السن الذي يصل إليه في الاختبار) العمر العقلي، وعمر الطفل الفعلي هو العمر الزمني.

وقد أصبح واضحاً في الحال إن لقاعدة التأخر سنتين معنى مختلفاً في

مستويات العمر المختلفة. فالذي يتأخر بمقدار سنتين وهو في سن الثامنة يعتبر أخطر تأخراً من الذي يتأخر سنتين وقد بلغ الرابعة عشرة. فالطفل الذي بلغ ثماني سنوات يتوقع أن يكون أكثر تأخراً وهو في سن الرابعة عشرة لأن نقص مهاراته سوف يستمر في تعطيل تعلمه للاختبارات التي تزداد تعقداً كلما تقدم في السن. ولكي يصبح لهذه القاعدة معنى أكثر ثباتاً في مستويات العمر المختلفة إقترح ولهلم شترن Wilhelm Stern استخدام نسبة الذكاء التي يمكن الحصول عليها بقسمة العمر العقلي على العمر الزمني محسوبين بالأشهر، وضرب الناتج في ١٠٠ كما في المعادلة التالية:

$$\text{ن. ذ: (نسبة الذكاء)} = \frac{\text{العمر العقلي (محسوباً بالأشهر)}}{\text{العمر الزمني (محسوباً بالأشهر)}} \times ١٠٠$$

ومن هذه المعادلة يمكن أن تعرف أن الشخص الذي يتساوى لديه العمر العقلي والعمر الزمني يحصل على نسبة ذكاء قدرها ١٠٠. وإذا افترضنا أن الاختبارات قد وضعت بحيث أن نِصْف الأفراد في سن معينة يجيبون بنجاح على أي بند معين، والنصف الآخر يفشل في الإجابة عنه، فإن نسبة الذكاء التي قدرها ١٠٠ تكون نسبة الذكاء المتوسطة. وفي الواقع، قد كان هدف بينيه وسيمون وغيرهما من واضعي الاختبارات هو الوصول إلى هذه الدرجة المتوسطة. وفيما بعد وضعت اختبارات الذكاء على أساس مبدأ مختلف بعض الشيء وهو وضع معايير(*) خاصة لكل مستوى من مستويات العمر. وهذه المعايير يمكن الوصول إليها من عدد البنود التي اجتيزت بنجاح، أو عدد الثواني اللازمة للقيام بعمل ما، أو أي طريقة أخرى للتصحيح. ويقدر متوسط أداء الأطفال الذين يقعون في سن معينة تقديراً تحكُّمياً بالدرجة ١٠٠، وتحدد درجات نسب الذكاء الأخرى المختلفة بحيث يمكن مقارنتها بنسب ذكاء اختبار بينيه والتي قامت على أساس العلاقة بين العمر العقلي والعمر الزمني.

وعلى الرغم من نواحي القصور الذي يميز هذا المفهوم العام جداً للذكاء، فإن من المحتمل أن يكون أي اختبار معين للذكاء أكثر قصوراً. ومع ذلك، فقد أخذ الناس ينظرون إلى الدرجة التي يحصل عليها شخص ما في بعض اختبارات الذكاء كخاصية ثابتة نسبياً. فقد بدأ السيكولوجيون، ثم المدرسون،

ثم العاديون من الناس يسألون عن نسبة ذكاء الفرد كما لو كانت خاصية معينة يحملها الفرد معه طوال حياته وتفسر الكثير من سلوكه. وبدلاً من أن تكون نسبة الذكاء درجة في اختبار معين أُجري تحت ظروف خاصة، فقد عوملت كما لو كانت صفة شخصية دائمة. ومن المحتمل أن يكون تشييء(*) درجة الفرد في اختبار ما (أي تحويلها إلى شيء له صفة الوجود الواقعي) قد أدى إلى ضرر أكثر من الخير الذي حققه نتيجة لما أدى إليه ذلك من انتشار مفهوم عام خاطىء للوظائف العقلية.

فمن ذلك، أولاً، قد يكون مفهوم الذكاء الذي بُنيّ عليه الاختبار نفسه غير ملائم، تعوزه أية قيمة تنبئية حقيقية. وثانياً، قد يكون الاختبار اختباراً غير جيد للمفهوم المجرد الذي قصد أن يقيسه ـ أي أن بنود الاختبار لم يحسن اختيارها اختياراً جيداً، أو أنها غير ملائمة لعدد كبير من الذين يجري عليهم الاختبار، أو أن تكون المعايير (أو التقنينات) مأخوذة عن عدد ضئيل من الأشخاص. فمثلاً، في أحد الاختبارات الفرعية لمقاييس كسلر للذكاء يطلب من المختَبَر (المفحوص) أن يرتب مجموعة من الرسوم الهزلية لا تستخدم اللغة في الإجابة عنها. إن مثل هذا الاختبار يحابي ذوي الخبرة بالرسوم الهزلية في الصحف اليومية، كما إنه يعاقب من حرموا منها. يضاف إلى ذلك ما تبرهن عليه البحوث من أنه على الرغم من أن كثيراً من اختبارات الذكاء ترتبط فيما بينها أو تتغاير معاً، أو تعطي درجات متشابهة، إلا أن هناك أيضاً فروقاً كبيرة فيما بينها. وهناك أيضاً ما يدل على أن الدرجات التي يحصل عليها فرد ما في اختبارات الذكاء تتغير خلال حياته، وأحياناً بدرجة واضحة.

إذا حصل طفل في الصف الأول أو الثاني على درجة منخفضة في اختبار للذكاء وكان أداؤه المدرسي ضعيفاً، فإننا نسلم عادة بأن هذا الطفل تعوزه القدرة الفطرية اللازمة له لكي يقوم بعمله على نحو أفضل. وكنتيجة لهذا فإن أحداً لا يبحث في أسباب أدائه الضعيف، وإنما هو يؤخذ على أنه تلميذ أقل من غيره وغير قابل للتعلم. إلا أن هذا الأداء الضعيف في الصفين الأول والثاني قد يرجع إلى نقص في الاستثارة اللغوية في البيت، كأن يستخدم أبواه لغة غير اللغة المستخدمة في المدرسة، أو أن عملية الاختبار قد سبّبت له شيئاً من القلق أو الرعب، أو أنه كان معانداً حين وجهت إليه الأسئلة، أو أية

أسباب أخرى عديدة مختلفة. إن الأداء الرديء في المدرسة قد يكون نتيجة لإهمال مدرّسيه له بقدر ما يمكن أن يكون نتيجة لإمكانياته المحدودة للتعلم. ومن الطبيعي أن يحاول السيكولوجي الإكلينيكي الماهر أن يقوّم هذه العوامل التي تعطل الأداء الجيد في اختبار معين، ولكن في كثير من الحالات نجد أن الذين يطبقون الاختبارات لم يتلقوا التدريب الكافي. وكثيراً ما تجري الاختبارات الجمعية وتؤخذ درجاتها بالجدية التي تؤخذ بها درجات الاختبارات الفردية التي تعطي فرصة كبيرة جداً لملاحظة جميع العوامل التي تحدد أداء الطفل. وعلى أية حال، فمن الواضح جداً أن القدرة على الأداء الجيد على اختبار الذكاء، بصرف النظر عن الاختبار المستخدم، كالقدرة على الأداء المدرسي، تتباين بدرجة واضحة على مر السنوات الدراسية. وهذا التباين قد يكون بالنسبة للبعض كبيراً، وبالنسبة للبعض الآخر قد يكون ضئيلاً نسبياً.

وقد أوضحت هذه النقطة توضيحاً كبيراً دراسة ـ استمرت ستة عشر عاماً قامت بها مرجوري ب. هونزيك Morjoree P. Honzik، وجين و. ماكفرلين Jean W. MacFarlane، ولوسيل ألين Lucille Allen ـ على نسب ذكاء ٢٢٢ طفلاً في بركلي بكالفورنيا. اختبر هؤلاء الأطفال في سن ٢١ شهراً وتتبعت الباحثات دراستهم حتى سن الثامنة عشرة عاماً، وقد طبق على كل طفل حوالي عشرة اختبارات فردية في المتوسط خلال الفترة المذكورة. وقد كانت التغيرات الواضحة في نسب الذكاء خلال الفترة السابقة للالتحاق بالمدرسة هي النمط السائد، ولكن الدرجات خلال سنوات الدراسة في الفترة التي يفترض فيها أن تكون الاختبارات أكثر ثباتاً وأن يكون مستوى القدرة أكثر استقراراً قد استمرت في إظهار تباين شديد.

ويبين الجدول رقم ١ المدى بين أعلى وأدنى نسب ذكاء للأطفال الـ ٢٢٢ خلال السنوات الإثنتيّ عشرة المفترض أنها سنوات ثبات نسبة الذكاء من سن ٦ سنوات حتى سن ١٨ سنة. ومن هذا الجدول يمكن ملاحظة أن ٩٪ أو ٢٠ طفلاً قد تباينت نسب ذكائهم بقدر يبلغ ثلاثين نقطة أو أكثر. وأكثر من نصف الأطفال (٥٨٪) تباينت نسب ذكائهم بقدر يبلغ خمس عشرة نقطة أو أكثر.

جدول ١ - التغيرات التي لوحظت في نسب الذكاء لـ ٢٢٢ طفلاً اختبروا في أعمار تتراوح بين السادسة والثامنة عشرة.

مدى التغيرات في الدرجات	النسبة المئوية للأطفال
٥٠ نقطة أو أكثر في نسبة الذكاء	٠,٥
٣٠ نقطة أو أكثر في نسبة الذكاء	٨,٥
٢٠ نقطة أو أكثر في نسبة الذكاء	٢٦,٠
١٥ نقطة أو أكثر في نسبة الذكاء	٢٣,٠
١٠ نقط أو أكثر في نسبة الذكاء	٢٧,٠
٩ نقط أو أكثر في نسبة الذكاء	١٥,٠

From Marjorie P. Honzik, Jean W MacFarlane, and Lucille Allen:
«The Stability of Mental Test Performance Between Two and Eighteen Years»
Journal of Experimental Education 17, (1948): 309 - 24.

وعلى الرغم من هذا الدليل على التباين إلا أن عدداً من الدراسات حول القيمة التنبئية لنسبة الذكاء يبيّن أن لبعض الاختبارات قيمة حقيقية في التنبّؤ بالدرجات المدرسية وبعض المهارات العقلية المتعلقة بحل المشكلات. وسوف نرى فيما بعد أن مقاييس الذكاء مفيدة أيضاً في تحديد ما إذا كان الشخص يقوم بوظائفه العقلية على نحو طبيعي. ومع ذلك، فإن درجات اختبارات الذكاء كثيراً ما نظر إليها عامة الناس، الذين أسبغوا عليها خواصاً كخواص السحر، على أن لها قيمة أكثر مما تستحق. وفي الحقيقة، إن ما تمثله نسبة الذكاء هي درجة حصلنا عليها من اختبار ما في يوم ما. وما نستطيع أن نتنبأ به منها هو مسألة معلومات علمية صعبة. إن التنبوءات التي نحصل عليها من أي اختبار معين لها حدودها وتمثّل المتوسط بالنسبة لعدد كبير من الأطفال. وقد تكون بالنسبة لطفل معين غير دقيقة بدرجة كبيرة. وعلى أية حال، إن القدرة على التنبّؤ بالأداء في المستقبل من درجة واحدة حصل عليها الطفل في وقت معين قد بولغ فيها في أذهان معظم الناس بدرجة كبيرة. إن مشكلة التنبّؤ فيما يتعلق بكائن بشري معقد يسلك في بيئة معقدة هي كما قررنا سابقاً أمر بالغ الصعوبة، وتحتاج إلى معلومات من مصادر متعددة، وإكلينيكي ماهر ذي خبرة يستطيع أن يجمع المعلومات بطريقة مفيدة.

مفهوم حديث لطبيعة الذكاء:

تعرضت الأدلة على صحة وجهة النظر الوراثية للذكاء وما تؤدي إليه من فائدة لدراسة نقدية على يد شبرد ليفراند Shephard Livcrand الذي هاجم بعنف النظرة القديمة للإمكانية العقلية العامة التي تحددها العوامل الوراثية. وأخذ الباحثون بالتدريج في رفض فكرة القدرة الموروثة الثابتة إلى حد ما، والتي يمكن أن يستخدمها الفرد في التعلم أو أن يفشل في استخدامها.

ولم تعد النظريات الحديثة في السلوك والوراثة متسقة مع الفكرة البسيطة التي تذهب إلى وجود مورثة (جينة) للذكاء تورث على النحو الذي قال به مندل Mendal. بل إن المفهوم عامة هو وجود عدد كبير من العوامل الوراثية تؤثر على التطور الخاص بالجنين. هذه التأثيرات، بالإضافة إلى تلك التي تحدث أثناء حمل الأم، توجد لنا أشخاصاً ذوي تنظيمات عصبية مختلفة وبإمكانيات متباينة للاستجابة للمثيرات. ففي بعض الحالات قد نجد قصوراً فيما يستطيع شخص معين أن يتعلمه، وفي حالات أخرى قد تكون خصائص الفرد بحيث تسهل تعلم بعض أنواع التمييز، وسرعة اكتساب أنواع جديدة من السلوك. وليس هناك من شك في أن خصائص الطفل عند الولادة تؤثر على تطور مهاراته العقلية، ولكنها لا تحدد ما الذي يتعلمه وما مقدار ما يتعلمه. وقد تؤثر إما بطريقة إيجابية أو بطريقة سلبية على عملية التعلم، ويتوقف ذلك على طبيعة الخبرة التعليمية الخاصة.

قد يكون التمييز السمعي للطفل سريعاً، ولكن تعلمه للتآزر بين العين واليد بطيء. كيف نستطيع أن نفسر هذا الاختلاف؟ الواقع أننا حتى الوقت الحاضر لا نعلم سوى القليل نسبياً عن الخصائص الفسيولوجية للطفل الحديث الولادة، والتي تسهل التعلم تحت ظروف معينة، ولكننا نعلم أكثر عن الخصائص الفسيولوجية التي تعطل عملية التعلم أو تحدها تحت ظروف معينة. والخبرة التي تحدث بعد الولادة تتفاعل مع هذه الصفات الأولية لكي تؤدي إلى الحصول على المهارات. فمن المعروف أن المشكلات الشخصية الخطيرة أو ما يسمى أحياناً بالعوامل الانفعالية، ولكمّ الإستثارة ونوعها أهمية، ولكننا لازلنا

---

(1) «Intelligence: A Concept in Need of Reexamination», *Journal of Consulting Psychology*, 24 (1960): 101 - 110.

في حاجة لأن نعرف الشيء الكثير عن دور كل مرحلة من مراحل النمو، وأهمية كل نوع من أنواع الخبرة، في فترات النمو الحاسمة في نمو المهارات وتطورها. وعلى أية حال، ليس من المحتمل أن يكون أي فرد، سواء اعترفنا بأنه عبقري مبدع أو اعتبرناه ضعيف العقل، قد حقق إمكانياته بالقدر الذي يستطيعه إذا زادت معرفتنا عما نعرفه الآن عن كيفية استخدام الخبرة والدافعية في اللحظات الحاسمة للوصول إلى الحد الأقصى من نمو المهارات.

وينبغي أيضاً أن نعترف بأن ما يستطيع الفرد أن يفعله في أي وقت لا يعتمد فقط على خبرته الماضية وتكوينه المبدئي، بل يعتمد أيضاً على الموقف الذي يوجد فيه، ومثل هذه المتغيرات كدافعيته للأداء، وإلى أي درجة يتعرض فيها سلوكه للإعاقة نتيجة لقلقه أو لتوقعه الفشل، وكذلك طبيعة علاقاته الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن البحث يوضح لنا أن هناك ما هو أفضل من مجرد علاقة ترجع إلى الصدفة بين مهارة أكاديمية وأخرى تحت ظروف اختبار معينة، إلا أنه لايزال هناك الكثير مما يجب أن نتعلمه عن علاقة المهارات الأكثر تعقداً بالقدرة الأكاديمية. فمثلاً، هناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن القدرة على التذكر لدى اللامعين لا ترتبط ارتباطاً عالياً بالقدرة على الأصالة. وكذلك قد لا ترتبط القدرة على إدراك دوافع الآخرين أو حتى القدرة على التنبؤ بسلوكهم ارتباطاً عالياً بالمهارات الأكاديمية.

وباختصار، إن تكوين (مفهوم) الذكاء التقليدي يحتاج إلى أن يراجع مراجعة عنيفة أو أن يحل محله تعريف أفضل له. إن السيكولوجيين ينظرون الآن إلى حل المشكلات المعقدة على اعتبار أنه سلسلة من المهارات (اللفظية والرياضية والإبداعية والاجتماعية والميكانيكية وغيرها) التي قد يكتسبها الفرد أو قد لا يكتسبها. وقد يرجع الفشل في اكتساب هذه المهارات إلى نقص التدريب الملائم، أو إلى الخصائص المختلفة للمواقف الاجتماعية، أو إلى نواحي النقص المتعلقة بسوء القيام بالوظائف العصبية. وعلى أية حال، تصبح المشكلة هي تحديد ما هي هذه المهارات، وإلى أي حد تعلمها الفرد، وما هي الأسباب التي أدت إلى عدم استخدامها في مواقف معينة. لقد كان للمفهوم القديم لقدرة موروثة ذات طبيعة واسعة عامة فائدة في الماضي، ولكنه الآن يحتاج إلى استبداله

بمصطلحات أخرى تصف مهارات حل المشكلات النوعية، وتصف الظروف، بما في ذلك الظروف الوالدية، التي تؤدي إلى اكتساب هذه المهارات أو التي تعوق اكتسابها أو تعطل عملها. ونأمل أن يؤدي مثل هذا المنهج في دراسة قدرة الفرد إلى تمهيد الطريق اللوصول إلى أقصى حد لإمكانيات الأداء لدى الأفراد بدلاً من مجرد تسمية أو تصنيف قدرتهم الوراثية المزعومة.

بعض اختبارات الذكاء:

مقياس ستانفورد ـ بينيه المعدل حديثاً:

المقياس الذي يطلق عليه عادة اختبار ستانفورد ـ بينيه هو أحدث مراجعة من سلسلة مراجعات اختبار بينيه ـ سيمون الأصلي. وكانت أول صورة أمريكية لهذا المقياس تلك التي قام بوضعها هنري جودارد Henry Goddard. أما المراجعات المستخدمة على نطاق واسع والتي تمت في جامعة ستانفورد فقد بدأها لويس ترمان Lewis Terman عام ١٩١٦، ثم روجعت فيما بعد على يدي ترمان ومود ميريل Maud Merrill عامي ١٩٣٧، ١٩٦٠. وهذا الاختبار عبارة عن مقياس للعمر العقلي، أي أن بنوده مرتبة وفقاً لمستويات السن، من سن سنتين إلى الراشد المتفوق. وعلى الرغم من أن الاختبار يستخدم أحياناً للكبار إلا أنه يعتبر أولاً اختباراً للأطفال، وقد قُنّن أساساً عليهم. ويعرف مقياس ستانفورد ـ بينيه عادة بأنه مقياس لفظي مدرج للذكاء، لأن حسن الأداء فيه يحتاج إلى مهارات لغوية. ولكن هذا ليس صحيحاً بالنسبة لمستويات الأعمار السابقة للمدرسة، هذا بالإضافة إلى أننا نجد البنود غير اللفظية متناثرة خلال المقياس. وفي الأعمار الصغرى تتضمن البنود وضع قطع من الخشب في أماكنها في لوحة أشكال، وتسمية صور بعض الأشياء أو نماذج مصغرة منها، وتعريف الأشياء باستخداماتها، وإعادة الأرقام، ولضم الخرز، ومعرفة الأضداد، ونسخ بعض الأشكال الهندسية مثل شكل الماسة. أما اختبارات الأعمار المتوسطة فتتضمن ذاكرة الأرقام، والجمل،، والرسوم، والقصص، وتعريف المفردات، وفهم السلوك السليم، والتعرف على السخافات، وأوجه الشّبه، وأوجه الاختلاف، والقدرة العددية. أما اختبارات الأعمار الأكبر فهي تؤكد المفردات،

وتعريف الكلمات المجردة، وحل المشكلات، والتفكير، وذاكرة سلاسل الأعداد الطويلة، والجمل.

وعلى العموم، فالمقياس مشبع بدرجة كبيرة بالعوامل اللغوية، ولذلك فهو غير ملائم للأطفال الذين نشأوا في بيئات تستخدم فيها اللغات الأجنبية، وللأطفال المصابين بنقص في الكلام، أو الذين لم يتعرضوا لاستثارة لفظية كافية. ومع ذلك فهو كمؤشر للأداء المدرسي - الذي هو نفسه لفظي إلى حد كبير - ملائم جداً لما يتضمنه من توكيد على البنود اللغوية.

مقياس وكسلر لقياس ذكاء الراشدين:

ومقياس وكسلر لقياس ذكاء الراشدين Wechsler Adult Intelligence Scale (ويز WAIS) الذي وضعه دافيد وكسلر David Wechsler مقياس آخر شائع الاستخدام. ويختلف مقياس وكسلر عن قياس بينيه في أن الأسئلة المتشابهة في مضمونها مجمعة في اختبارات فرعية ومرتبة وفقاً لازدياد صعوبتها. ومقياس وكسلر يعرف عادة بأنه مقياس درجات. وإجابات الفرد على أحد الاختبارات الفرعية تقارن بإجابات المجموعة المعيارية من نفس السن. ونحصل نتيجة لذلك على درجة على الاختبار الفرعي. ومجموعات الدرجات على الاختبارات الفرعية تقارن بالمعايير الخاصة بنفس السن. وقد حصل وكسلر على درجة يمكن مقارنتها بنسبة الذكاء في مقياس بينيه بإعطاء نسبة ذكاء قدرها ١٠٠ لمتوسط الأداء لأي مجموعة من سن واحدة. والأداء الأكثر من المتوسط يعطي درجات أعلى من ١٠٠، والأداء الأقل من المتوسط يعطي درجات أقل من ١٠٠.

ولكي يحدد الأداء المتوسط، أو المعيار، استخرج وكسلر درجات المقياس من عينة كبيرة من الرجال والنساء في أعمار مختلفة. وقد بلغت عينة التقنين لاختبارات الكبار ١٧٠٠ حالة متوزعة بالتساوي بين الرجال والنساء ومجموعات الأعمار المختلفة، ومختارة بحيث تمثل الولايات المتحدة بأكملها (وقد تم ذلك بأخذ النسب وفقاً للأعداد التي وردت في الإحصاء العام سواء فيما يتعلق بتقسيمات البلاد المختلفة أو الفئات المهنية).

ويقسم مقياس وكسلر الاختبارات اللفظية والاختبارات العملية إلى قسمين

فرعيين للمقياس. وبهذه الطريقة يمكن الحصول على نسبة ذكاء لفظية، ونسبة ذكاء عملية، ونسبة ذكاء عامة. ومع أن البنود العملية تحتاج لمعرفة اللغة لفهم التعليمات فهماً تاماً ولتصور المسائل، إلا أن الاعتماد على لغة الحديث أقل ضرورة للوصول إلى الإجابات الصحيحة، عما هو الحال في مقياس ستانفورد - بينيه. والاختبارات اللفظية في المقياس هي: المفردات، والمعلومات، والفهم، والحساب، والمتشابهات، وذاكرة الأرقام. والاختبارات غير اللفظية تتضمن اختبارات التعويض، وتكملة الصور، ورسوم المكعبات، وترتيب الصور، وتجميع الأشياء. وقد وضع وكسلر مقياساً للذكاء للأطفال (وسك WISC) Intelligence Scale for Children، وهو يستخدم في الوقت الحاضر استخداماً واسعاً، وقد رتبه على نحو يشابه اختبارات الكبار. والاختبارات الفرعية تشبه تماماً مقياس الكبار. وقد نشر وكسلر حديثاً مقياساً جديداً (مقياس الذكاء لما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية أو الأولية Preschool and Primary Scale of Intelligence, (PPSI) لاستخدامه مع الأطفال الذين في سن من ٤ إلى ٦,٥، وهو مشابه في تركيبه لمقياس الذكاء للكبار.

المقاييس العملية:

لما كان مقياس بينيه وغيره من مقاييس الذكاء الأخرى يؤكد تأكيداً شديداً على فهم اللغة واستخدامها، كما سبق أن أشرنا، فقد شعر كثير من السيكولوجيين أنها تميل إلى محاباة الأطفال الذين يتعرضون أكثر من غيرهم للاستثارة اللفظية في بيوتهم، وأنها غير عادلة نحو الذين يتحدثون بلغة أجنبية في بيوتهم، أو الذين يعانون من إعاقات كلامية أو سمعية. ومن المحتمل أيضاً أن تؤثر الفروق الثقافية على المهارات اللغوية أكثر مما تؤثر على المهارات العملية. فطفل الخامسة الذي يعيش في منطقة الغابات النائية والذي لم يرَ إطلاقاً مظروفاً لا يكاد يتوقع منه أن يعرف الكلمة الدالة عليه.

وقد وضعت عدة اختبارات لقياس القدرة العقلية بأقل ما يمكن من الاعتماد على اللغة. وليست لوحات الأشكال(*)، واستخدام الرسوم في إدراك التماثل، والأشياء المقسمة إلى أجزاء، وتتبع المتاهات، والتآزر البصري اليدوي

كما في الرسم والنسخ، والتعرف على الأخطاء والأجزاء الناقصة في الصور، إلا أمثلة قليلة للاختبارات العملية. وفي أحد هذه الاختبارات النموذجية يقطع نموذج خشبي لليد قطعاً مائلاً إلى عدة قطع، وتعرض القطع غير مرتبة أمام المفحوص، والوقت الذي يستغرقه لوضع القطع في مواضعها الصحيحة يعتبر الدرجة التي حصل عليها. وهنا نجد إن إدراك الشكل والحجم ليس هو المهم فقط، بل إن من المهم أيضاً السرعة التي بها يكتشف المفحوص الشيء الأصلي من الأجزاء غير المرتبة. وكما أن السرعة هامة، كما هو الحال في بنود كثير من اختبارات الذكاء، فكذلك الدافعية عامل هام أيضاً.

وبتجميع عدد من مثل هذه الاختبارات في مقياس، يصبح من الممكن الوصول إلى تقويم القدرة العملية للطفل تقويماً أعم وأكثر ثباتاً مما إذا استخدمنا اختباراً واحداً. وهناك ثلاثة من هذه المقاييس المجمعة التي ينتشر استخدامها وهي مقياس بنتنر ـ باترسون Pintner — Patterson Scale ومقياس آرثر Arthur Scale، ومقياس كورنيل ـ كوكس للقدرة العملية Cornell — Cox Performance Ability Scale.

اختبارات الذكاء للأطفال الصغار:

على الرغم من أن مقياس ستانفورد ـ بينيه يتضمن بنوداً للأعمار الدنيا تصل إلى سن السنتين، إلا أن بعض السيكولوجيين شعروا بالحاجة إلى قياس ذكاء أطفال أصغر سناً من ذلك. والغرض من مثل هذه الاختبارات هو الكشف عن الاضطرابات العصبية أو الجسمية المحتملة التي قد تحدد نموهم. ومن الواضح أن مثل هذه الأدوات لا يمكن أن تعتمد على اللغة، ومعظم بنودها تتطلب أداءات بسيطة جداً كأن يتابع الطفل شيئاً لامعاً بعينيه، أو أن يحاول الوصول إلى صندوق، أو أن يلتقط أشياء صغيرة، أو أن يقلد التصفيق بيديه.

وأحد هذه الاختبارات المستخدمة مأخوذ من المقاييس المدرجة التي وضعها ارنولد جيزيل Arnold Gesell والمشتغلين معه. ومقارنة سلوك الطفل بهذه المقاييس المدرجة يعطينا ما أطلق عليه جيزيل درجة عمر النضج. وتعطينا الدرجة إذا ما قسمت على العمر الزمني نسبة النمو (ن. ن). (DQ) ومن المقاييس الأخرى المستخدمة مقياس كاتل للذكاء للأطفال الصغار Cattell Infant Intelli-

gence Scale، واختبار ميريل ـ بالمر Merrill — Palmer Test. وتقيس عادة الاختبارات التي تتضمنها هذه المقاييس قدرة الطفل على الاستمرار في الانتباه، والتآزر البسيط بين العين واليد، ونمو التمييز الحسي، وقدرة الطفل على أن يشير إلى أجزاء من جسمه.

وقد أشارت البحوث إلى أن الدرجات التي نحصل عليها من هذه الاختبارات ذات قيمة ضئيلة جداً في التنبؤ بمستوى القدرة بعد سن السادسة، نظراً لأن معظم الوظائف التي تقيسها ترتبط ارتباطاً منخفضاً جداً بنمو المهارات اللغوية، ولأن المجال لايزال فسيحاً أمام الإثارة البيئية لتلعب دوراً كبيراً في نمو قدرة الطفل. إن الأهمية الكبرى لهذه الاختبارات هي في الكشف عن الاضطرابات الكبرى في النمو الحسي والحركي. وطبيعي أن لمثل هذه المعلومات قيمة كبيرة في أغراض فحص الأطفال لاهتمامات التبني، والإيداع في المؤسسات، والعلاج المبكر لبعض الاضطرابات.

القدرة اللفظية والقدرة العملية:

كثيراً ما نجد أداء فرد ما على المقياس العملي أفضل بدلالة إحصائية من أدائه على المقياس اللفظي، والعكس. وفي مقياس مثل مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (وبز) الذي يتضمن مقاييس فرعية لفظية وأخرى عملية، فقد يكون أداء فرد ما في أحد شطري المقياس أفضل من أدائه في الشطر الآخر. ولقد كان تفسير مثل هذه الاختلافات غامضاً أحياناً. فإذا كان أداء شخص ما جيداً في اختبار عملي مع وجود ما يدل على أنه كان معوقاً في نموه اللغوي، فإن زيادة الإثارة اللفظية قد تؤدي إلى زيادة القدرة اللغوية. وعكس هذا صحيح فيما يتعلق بالشخص الذي يحصل على درجة عالية في المهارة اللفظية ودرجة منخفضة في المهارة العملية. فكثير من أطفال المدن، مثلاً، ليست لديهم سوى فرص ضئيلة لاكتشاف ما لديهم من مهارات ميكانيكية، على الرغم من أنهم قد يكونون موضع المحاباة في البنود التي تعكس المهارات التي يمكن أن تنمو نتيجة لألفتهم ببعض اللعب الشائعة والتي يسهل على أطفال المدن الحصول عليها. وإذا قبل الإنسان فكرة الذكاء الأساسي العام، فإن الدرجة العالية في أي من المهارتين الأساسيتين قد توحي بأن الفرد في إمكانه أن يحصل على نفس الدرجة

العالية في اختبار المهارة الأخرى، وإن إعاقته فيها إنما هي حالة مؤقتة. وفي الواقع، إن مثل هذه الدرجة إنما تدل على مجرد أن الفرد في الوقت الحاضر أكثر كفاءة في إحدى المهارتين.

وبالاختصار، إن أي اختبار يبيِّن لنا أداء الفرد في اختبار ما في وقت معين. ولا يمكن اعتبار الاختبارات اللفظية أو الاختبارات العملية كمقاييس لنسبة الذكاء الحقيقية. إنهما نوعان مختلفان من مؤشرات القدرة، وهي مؤشرات يمكن أن نستنتج منها تنبوءات نوعية كما أثبتت البحوث السليمة.

النقص (الضعف) العقلي:

لما كان قياس القدرة العقلية من أهم الواجبات الاجتماعية التي طلب من السيكولوجيين القيام بها في الماضي، فقد أصبحت المهارات التي اكتسبوها حاسمة منذ وقت مبكر في تشخيص النقص العقلي أو الضعف العقلي. وإلى الآن ليس لدينا تعريف أو وصف مقبول بوجه عام للنقص العقلي. فبعض وجهات النظر تؤكد الوراثة أي العوامل التكوينية أو العصبية، والبعض الآخر يؤكد الكفاية الاجتماعية. وبوجه عام، يتفق معظم الباحثين في هذا الميدان على أربع أو خمس خصائص تتضمنها معظم التعريفات القانونية للنقص العقلي. وهذه الخصائص هي:

١ - النقص العقلي يتضمن عجز الفرد عن مواجهة مشكلات مجتمعه. وضعيف العقل لا يستطيع أن يهتم بنفسه بطريقة ملائمة. ومثل هذه النظرة تضمن أن النقص العقلي أو التأخر العقلي أمر نسبي للموقف الاجتماعي، فالفرد الذي يبلغ مستوى معيناً من القدرة قد يستطيع البقاء بطريقة مقبولة في مجتمع «قروي» منعزل بسيط، ولكنه لا يستطيع أن يعتني بنفسه في مجتمع مدني معقد حيث عليه على الأقل أن يستخدم نظاماً معقداً للمواصلات في ذهابه إلى عمله وعند إيابه إلى منزله.

٢ - إن عجز الفرد عن الاهتمام بنفسه يرجع إلى عدم قدرته على التعلم، أي إن فشله يرجع إلى عوامل عقلية أكثر منها عوامل انفعالية أو عوامل ترتبط بالدافعية.

٣ - ينبغي أن يبدو المستوى المنخفض لقيامه بوظائفه العقلية على أنه فشل

في النمو والارتقاء، أي أن الفرد لا يستطيع أن ينضج عقلياً إلى أعلى من مستوى معين. إن انخفاض أدائه لوظائفه العقلية لا يحدث نتيجة لفقدان مهارة سبق له أن تعلمها، كما هو الأمر في حالة من يصاب بتلف في أنسجة المخ نتيجة لحادثة ما.

٤ ـ إن النقص في القدرة يعتبر ثابتاً أو دائماً نسبياً.

وثمة تعريف يأخذ به معظم السيكولوجيين ويوصي واضعاه وهما س. د. بورتيوس S. D. Porteus وج. ر. كوربت G. R. Corbett باستخدامه للأغراض القانونية، وهذا التعريف هو «ضعيفو العقل هم هؤلاء الذين بسبب تأخر نموهم العقلي تأخراً دائماً، أو بجملهم، بسبب توقف نموهم العقلي في سن مبكرة، غير قادرين على الاستقلال بتدبير أمورهم، وإعالة أنفسهم[1]».

وقد نتساءل لماذا توضع هذه المطالب المعينة والخاصة لتعريف ما يفترض أنه حالة مرضية عقلية؟ ولماذا يجب أن يكون النقص في النمو؟ ولماذا يقتصر على عدم الكفاية العقلية؟ إن تبرير هذا التعريف الذي يبدو غريباً، والذي كما هو واضح لا يصف مرضاً أو اضطراباً واحداً، بل يصف نتائج عدد كبير جداً من أنواع الظروف المبكرة، هو أن له نتائج قانونية أو عملية معينة. فقد حاولت المجتمعات منذ أن لاحظت أن كثيراً من الأطفال غير قابلين للاستفادة من المدارس العادية، ليس بسبب «الكسل» بل بسبب العجز العام في القدرة على التعلم، أن تضع طريقة للتدريس لهؤلاء الأطفال، أو على الأقل لحمايتهم من عجزهم عن البقاء إذا ما دعت الضرورة إلى ذلك. وعلى الرغم من أن المؤسسات الأولى لضعاف العقول وكثيراً من المؤسسات الحالية لم تَحْظَ إلا بمعونات مالية غير كافية إلى حد خطير، وأنها لم تقدم للأطفال والكبار الموجودين بها إلا بعضاً مما تستطيع أن توفره لهم إذا ما زودت بالإمكانات والمختصين بدرجة ملائمة، إلا أنها قامت كمحاولة لتدبير الأمور الاجتماعية الخاصة بمجموعة من الأطفال يحتاجون إلى رعاية خاصة. وفي نفس الوقت، اعتبر المجتمع الأطفال الذين لا يستطيعون مواجهة مطالب المدرسة أو الحياة لأسباب

(١) Statuaty Definitons of Feebleminded in the U. S. A. *Journal of Psychology*, *35* (1953) 81 - 105.

أخرى، قابلين للعلاج بطرق أخرى طبية أو سيكولوجية. وعلى ذلك، فمصطلح النقص العقلي أو الضعف العقلي ليس وصفاً لمرض أو اضطراب نوعي، بل إنه وصف ملائم لفئة كبيرة من الأفراد الذين يشتركون في صفة مفترضة هي العجز عن التعلم ويحتاجون إلى تدبير أو إجراء اجتماعي.

وقد فرق س. ب. ساراسون S. B. Sarason و ج. دوريس J. Doris بين التأخر العقلي والنقص العقلي، إذ يفترض في المصابين بالنقص العقلي وجود تلف في أنسجة المخ، أما المتأخرون عقلياً فلا يعرف عنهم أنهم يعانون من مرض من هذا النوع، وهم يكونون العدد الأكبر من الأفراد الذين يقعون في أعلى درجات النقص العقلي أو الحالات الهامشية. ويشير إليهم الإخصائيون أحياناً بأنهم حالات النقص العقلي «الأسرية» أو (متنوعات الحديقة) أو «الثانوية» أو «الأدنى ثقافياً»، بسبب عدم وجود أي أعراض مرضية عضوية يمكن ملاحظتها. ويبدو أن قدرات معظم هؤلاء الأفراد محدودة جزئياً أو كلياً كنتيجة للبيئة الثقافية المحرومة، أو فقدان الإستثارة العقلية أو العوامل السيكولوجية التي أعاقت التعلم في مراحل حياتهم المبكرة، أو أية مجموعة من هذه العوامل. وعلى الرغم من أن البعض يجادل في أن العوامل الوراثية تؤثر، في الواقع، تأثيراً جزئياً على نمو القدرة لدى مثل هذه الحالات حيث لا توجد ثمة أعراض مرضية، إلا أنه من الصعب عليهم أن يبينوا ماهية نواحي القصور الوراثية هذه. وتأتي الأدلة على مثل هذه التأكيدات من دراسات التوائم المتماثلة والأخوة الذين نشأوا متفرقين، أو من مقارنة درجات ذكاء التوائم المتماثلة مع التوائم الأخوية، ولكن ثمة مجادلات تدور حول ما تعنيه هذه الدراسات.

ومن المحتمل جداً أن نجد لدى كثير من حالات التأخر العقلي بعض الوظائف العصبية الخاصة التي لا تُؤدّى على الوجه الأكمل، والتي لم يمكن ملاحظتها سابقاً، ولكن في حالات كثيرة لا بد من حدوث تأثيرات بعد الولادة أثرت كثيراً في هذه القدرات غير النامية، مادام من الصعب جداً، في أغلب الأحيان، إقامة الدليل على أن نواحي القصور في حالات معظم هؤلاء المتأخرين عقلياً قائمة منذ الولادة حقاً. وعلى الرغم من الاعتقاد العام بأن هؤلاء الأفراد يستطيعون، إذا تم نضجهم البدني، الإفادة بدرجة محدودة فقط من التعليم والإثارة، إلا أنه لا يمكن أن نقول في الوقت الحاضر إنهم لا يستطيعون القيام

بوظائفهم على مستوى أعلى تحت أفضل ظروف التدريب وفي المجالات النفسية السليمة.

ما هي أسباب النقص العقلي؟

ساد في وقت ما، الاعتقاد أن معظم حالات النقص العقلي هي نتيجة لوراثة حالة عقلية ترجع إلى جينات (مورثات) ناقصة. فناقصو العقل ينجبون أطفالاً ناقصي العقل. ولكن الواضح الآن أن نتائج الوراثة أكثر تعقيداً من ذلك بكثير. فثمة ظروف كثيرة تؤثر على الجنين أثناء نموه في رحم أمه. ويبدو أن عدداً كبيراً من الأطفال الذين يفشلون في النمو يعانون من تأخر ما في أثناء الوجود داخل الرحم. فالأمراض التي تصيب الأم، وكثرة التعرض لأشعة إكس، وبعض حالات النقص في الدم (التي قد تكون موروثة) قد تؤثر في نمو الجنين أكثر مما يؤثر عليه جين (مورّث) خاص بالذكاء. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الإصابة التي تحدث أثناء الولادة، والأمراض التي يصاب بها الطفل، والنقص الغذائي بأنواعه سواء لدى الأم الحامل أو الطفل النامي، واختلاف فصيلة دم الطفل عن دم أمه، والعديد من الظروف الجسمية الأخرى قد تؤثر على نمو القدرة العقلية نتيجة التلف الذي يصيب (أنسجة) المخ. وفضلاً عن ذلك، فإن بعض الأطفال ـ ببساطة ـ لا تتطور لديهم القدرة العقلية بسبب نقص في الإثارة أو الخبرة أو عدم الاستجابة لمحاولتهم الكلام في الفترات الحاسمة في مراحل نموهم المبكرة. وكثير من هؤلاء الأطفال الذين لم يتعرضوا لإثارة كافية وأعتبروا ضمن حالات الضعف العقلي، والذين اُعْتُقِدَ في الماضي أنهم حالات ضعف عقلي «أسري»، كانوا مجرد عاجزين عن الحصول على درجات ملائمة في اختبارات الذكاء لأنهم كانوا يعكسون الثقافة السائدة في أسرهم. ولم يكن الأبناء أكثر ذكاء من آبائهم لأن آباءهم لم يعلموهم أكثر مما يعرفونه هم. وعندما يلتحق هؤلاء الصغار بالمدرسة، وأحياناً يبقون خارجها بعد التحاق الأطفال الآخرين بسنة أو اثنتين، يكونون قد تأخروا عن غيرهم شوطاً طويلاً بحيث لن يستطيعوا اللحاق بهم. وللدلالة على أن هؤلاء الأطفال لم يكونوا من ضعاف العقول نتيجة «للوراثة» توجد عدة دراسات لأبناء كانت أمهاتهم من ضعاف العقول قد أودعوا مؤسسات الحضانة أو تبنتهم بعض الأسر. وقد وصل هؤلاء الأطفال إلى مستويات عقلية أشبه بمستويات آبائهم بالتبني منها بمستويات آبائهم الحقيقيين.

ومن هذه الدراسات الدراسة التي قامت بها ماري سكوداك Marie Skodak[1]. فقد اختبرت سكوداك ١٦ طفلاً حكم على أمهاتهم بأنهن ناقصات عقل بنسب ذكاء تتراوح بين ٥٠ و ٧٤. ويمكن اعتبار معظم هؤلاء الأمهات ـ إن لم يكن جميعهن ـ متأخرات عقلياً، وفقاً للتمييز الذي أشرنا إليه سابقاً. وكان الآباء من مستوى مهني واجتماعي اقتصادي منخفض. وكان الأطفال الستة عشر قد أودعوا في بيوت حضانة عادية قبل سن ستة أشهر.

وعندما أجريت عليهم اختبارات الذكاء في سن السنتين والسنتين والنصف وجد أنهم حصلوا على متوسط نسبة ذكاء قدرها ١١٦. وفي سن خمس سنوات تقريباً كان متوسط نسب ذكائهم ١٠٨. ومن المحتمل جداً أن هؤلاء الأطفال كانوا سيحصلون على درجات ذكاء أقرب إلى درجات ذكاء آبائهم الحقيقيين إذا كانوا قد ظلوا في البيئة العقلية المحدودة التي كان سيوفرها لهم آباؤهم.

بعض أنواع النقص العقلي الخاصة:

لاتزال التأثيرات الوراثية في التأخر العقلي موضوع جدال. ومع ذلك، ففي بعض الحالات التي تكوّن نسبة مئوية بسيطة من التأخر العقلي، قد أمكن تحديد بعض الاضطرابات النوعية المتأثرة على الأقل بالعوامل الوراثية على اعتبار أنها عوامل مسببة. ومن هذه الاضطرابات زملة داون (أي مجموعة أعراض داون Down's Syndrome) أو المغولية: وتسميتها بالمغولية تشير إلى العيون اللوزية الشكل التي يتميز بها مثل هؤلاء الأطفال. ويبدو أنها مرتبطة بعيب في انقسام الكروموسومات (الصبغيات)، إذ أن عدد الكروموسومات في حالة الأطفال الشبيهين بالمغوليين سبعة وأربعون بدلاً من ستة وأربعين كروموسوماً في الحالات العادية. ونسبة مثل هؤلاء الأطفال ضئيلة جداً بوجه عام، ولكن الحالات التي تولد منها تحدث غالباً عندما تكون الأم في سن متقدمة أو أن يجيء طفلها الأول في وقت متأخر من حياتها. ويتميز هؤلاء الأطفال بالإضافة إلى الإنكسار الذي يلاحظ في الجفن الأسفل (وهو الذي يعطي مظهر العيون المنحرفة) باللسان

---

(١) «Children in Foster Homes:A Study of mental Development», *University of Iowa Studies in child Welfare*, No. 16 (1939).

المشقق، والجلد الجاف المشقق، وبعض الخصائص الجسمية الأخرى. ومدى نسب ذكاء هؤلاء الأطفال واسع، ولكن معظم الدرجات منخفضة جداً.

وحالة أخرى من حالات النقص العقلي هي الفينيلكيتونيوريا (PKU) Phenylketonuria وهو مرض يتعلق بعمليات الأيض (أو الهدم والبناء)، ويبدو كما لو كان صفة وراثية متنحية. ونسبة حدوث هذا المرض ضئيلة جداً في مجموع السكان، ويؤدي العلاج الغذائي المبكر إلى تخفيف شدة هذا النوع من التأخر العقلي.

وهناك نوع آخر من الاضطرابات أكثر انتشاراً ويرتبط بالقدرة العقلية غير النامية، وهو ينشأ عن الاضطرابات التي تحدث في المخ في أثناء الولادة. وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يتعرضون لهذه الإصابات يكونون مجموعة متباينة، إلا أنه من الممكن أحياناً أن نتعرف عليهم من وجود اضطرابات أخرى حسية أو حركية. فالعجز في التآزر الحركي، أو الشلل، أو النقص في الكلام، أو الاضطرابات الحسية، بالإضافة إلى النقص العقلي، توحي بوجود إصابات في المخ من المحتمل أن تكون قد حدثت في أثناء الولادة.

وبالإضافة إلى الظروف المتعددة التي قد تؤثر على الجهاز العصبي المركزي للطفل أثناء الفترة السابقة للولادة، فقد يؤدي أيضاً عدد من الأمراض المعدية التي يصاب بها الطفل عقب الولادة إلى تأخر التطور العادي للنمو. والأمراض التي تؤدي أحياناً إلى مثل هذه النتائج الوخيمة تشمل الإلتهاب السحائي meningitis، والتهاب المخ encephalitis، وشلل الأطفال المخي Polioencephalitis. وأحياناً قد تكون لبعض الأمراض التي تصيب الأطفال مثل الغدة النكفية mumps، والدفتيريا، والحمى القرمزية، والالتهاب الرئوي Pneumonia آثار مشابهة على نمو الجهاز العصبي المركزي وتطوره.

وهناك أيضاً عدد من الظروف العصبية النوعية المتعددة ترتبط بالتأخر العقلي رغم ندرتها، ويوالي الباحثون أكثر فأكثر تحديد الظروف النوعية المرتبطة باضطراب نمو الجنين. فمثلاً، قد اتضحت العلاقة بين حدوث النقص العقلي والاختلاف بين نوع دم الطفل ونوع دم الأم، كما في حالة ما إذا كان دم الأم

ينتمي إلى فصيلة الريسوس السلبي - RH ودم الطفل ينتمي إلى فصيلة الريسوس الإيجابي + RH .

وكلما زاد ما نكتشفه من هذه الظروف الخاصة كلما قل اعتمادنا على نظرية الوراثة البسيطة في تفسير العقلية المنخفضة المستوى. والواقع، إن الاضطرابات العصبية والهرمونية النوعية، والحرمان الثقافي، والمشكلات الانفعالية والشخصية تبدو مسؤولة عن عدد متزايد من حالات الضعف العقلي.

تشخيص النقص العقلي:

على الرغم من أن السيكولوجي الإكلينيكي يستطيع أن يتعرف على بعض علامات الاضطرابات الجسمية المعروفة، إلا أن تحديد الظروف الجسمية المرتبطة بالعجز في القدرة العقلية هو مشكلة طبية وعصبية، في حين أن تقويم النقص العقلي هو مشكلة سيكولوجية، وهذا التقويم ليس دائماً أمراً بسيطاً. وذلك لأنه لا ينبغي أن يقتصر الأمر على أن يكون السيكولوجي الإكلينيكي قادراً على تأكيد أن الأداء العقلي غير المناسب للفرد أقل من مستوى معين، بل إن عليه أيضاً أن يؤكد أن هذا الأداء المنخفض ليس نتيجة لظرف طارىء، أو لنقص في الدافعية أثناء إجابة الفرد على الاختبار، أو نتيجة لعجز معين يمكن علاجه. إن الطفل قد يفشل في الإجابة على كثير من بنود اختبار الذكاء لأنه منعزل اجتماعياً أكثر منه لأنه غير قادر على الإجابة، وقد يخطىء بسبب العدوان أكثر منه نتيجة للعجز. وقد تفسر صعوبات السمع سوء فهمه للتعليمات أكثر مما يفسره عدم قدرته على التعلم. كل هذه الظروف وغيرها من الظروف الكثيرة يجب دراستها بعناية قبل تشخيص النقص العقلي، ويتضح بصورة متزايدة أن الكثير من الخطأ في التشخيص قد حدث في الماضي. وهذا الخطأ في التشخيص يمكن أن يحدث عندما تعوق الاضطرابات الانفعالية، أو مشكلات التوافق الاجتماعي، أو الصعوبات غير الملحوظة المتعلقة بأوجه النقص في السمع والرؤية والكلام عملية التعليم العادي. وبالإضافة إلى هذه الاعتبارات يجب أن يأخذ السيكولوجي بنظر الاعتبار مظهراً حاسماً في تقرير النقص العقلي وهو ما إذا كان الفرد قادراً على العناية بنفسه في بيئته الاجتماعية الخاصة. وهنا كما هو الشأن في تطبيقات علم النفس الإكلينيكي الأخرى يستلزم الأمر الخبرة والمهارة والمعرفة بثقافة المريض أكثر مما يستلزم التطبيق الروتيني للأساليب العملية.

الرعاية والتدريب:

من الأفضل لعدد كبير من ضعاف العقول في المستوى الأدنى من الضعف العقلي الإيداع في المؤسسات الخاصة بسبب صعوبة الرعاية المادية والضغط الانفعالي الذي يفرضه وجودهم المستمر في البيت على باقي أفراد الأسرة. ومع ذلك، فإن الإيداع في المؤسسات كحل دائم لجميع ضعاف العقول ليس على وجه اليقين بالأمر الضروري.

ومن المحتمل أننا في كثير من الحالات نقدر تقديراً متواضعاً ما يمكن لضعيف العقل أن يتعلمه مع أفضل تدريب، وإننا نؤكد تأكيداً مبالغاً فيه ما لا يستطيع أن يتعلمه بسبب حالته. وقد بيَّن ر. كرومويل R. Cromwell وزملاؤه في دراسات متعددة أن ضعيف العقل ييأس بسبب عدم قدرته على تعلم ما يتوقعه منه الآخرون، وبالتالي فإنه يتعلم أقل مما يستطيعه[1]. وتشير الدراسات الخاصة بالإيداع لمدد طويلة في المؤسسات إلى أن عدم وجود إثارة عقلية لضعيف العقل، وعدم القيام بمحاولة حقيقية لتدريبه، يؤديان إلى فقدان مستمر للقدرة.

أما فيما يتعلق بهؤلاء الذين يصنفون باعتبارهم من المورون أو الهامشيين، فإن من الممكن تعليمهم القيام بأوجه النشاط الاجتماعية المفيدة. والمشكلة في هذه الحالة تقع أساساً في توفير الإشراف الملائم والأمن والاستقرار الاجتماعيين اللازمين للتقدم على الرغم من الإمكانيات العقلية المحدودة. والحالة التي نصفها فيما يلي توضح هذه النقطة توضيحاً بيِّناً.

هيلين: دراسة حالة:

المشكلة: كانت هيلين فتاة في الثامنة عشرة، أحضرها والداها إلى العيادة، وقد اشتكيا مما ينتابها من ثورات غضب عنيفة، ومن رفضها أن تترك غرفتها لفترات طويلة. وقد سبق لها أن شخصت على أنها متأخرة عقلياً، وقد أخرجت من المدرسة عندما بلغت الرابعة عشرة.

خلفية هيلين: كانت هيلين الطفل الأول لزواج متأخر نسبياً. وكان

---

(١) «A Social Learning Approach to Mental Retardation». In N.L. Ellis, ed. *Handbook of Mental Deficiency* (New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1963).

لوالدها مكتب صغير للتأمين، وكانت أمها تعمل في الماضي سكرتيرة ولكنها تركت العمل بعد زواجها. وكان أخوها الذي يصغرها ثلاث سنوات يبدو عادياً، كما كان تقدمه في المدرسة مرضياً.

وقد وصف الوالدان هيلين بأنها بطيئة في نموها. وفي الوقت الذي قابلها فيه السيكولوجي كان طولها حوالي خمسة أقدام، كما إنها كانت أميل إلى البدانة، وكانت ساقاها وذراعاها وأصابعها أميل إلى القصر والسمنة. وعندما اتضح أن هيلين لم تكن تمشي أو تتكلم كالأطفال الآخرين في مثل سنها، اعتقد طبيب الأسرة إنها مصابة بنقص طفيف في إفرازات الغدة الدرقية وأشار بعلاج الغدة الدرقية، ولكن العلاج لم يبدأ إلا بعد أن جاوزت هيلين عامها الرابع.

كان والداها يعتنيان بها عناية فائقة، كما كانا أميل إلى إحاطتها بحماية زائدة، ولهذا السبب التحقت بالمدرسة متأخرة بفترة مقدارها سنة بالنسبة لغيرها من الأطفال. وقد ذكر الوالدان أنها كانت طفلة هادئة، كما كانت حسنة الطبع سواء في البيت أو المدرسة. مكثت سنتين في الصف الأول. وكانت ضآلة جسمها بالنسبة للأطفال الآخرين والصعوبة التي تواجهها في المدرسة سببين ملائمين لتأخيرها هذه السنة. وقد رسبت فيما بعد في صفين، وعندما وصلت إلى الصف الأخير في المدرسة بدأت هيلين تصبح «مشكلة». فلم تكن ترغب في الذهاب إلى المدرسة حيث كانت توصف بأنها غير متجاوبة وغير منتبهة. وقد تعلمت القراءة ولكن حفظها كان ضعيفاً، ورغم أنها كانت تستطيع أن تقوم بالعمليات الحسابية البسيطة التي لا تتطلب سوى الجمع والطرح، إلا أنها كانت ضعيفة فيما عدا ذلك من حيث التعامل مع الأرقام.

وعلى الرغم من وجود بعض الأصدقاء لهيلين عند بدء التحاقها بالمدرسة، إلا أنه بمرور الوقت أصبح ميلها إلى الانعزال أكثر وضوحاً من ميل الأطفال الآخرين إلى نبذها. وقد بذل والداها جهدهما في محاولة الترفيه عنها في البيت عندما تكون بعيدة عن المدرسة. ولم تكن هناك فصول للمتأخرين عقلياً في المنطقة التعليمية التي تتبعها.

وبعد أن تركت هيلين المدرسة في سن الرابعة عشرة كانت تصرف كل وقتها تقريباً في البيت تساعد أمها، وكانت هيلين بشهادة أمها خير مساعد في أعمال المنزل والطهي والتنظيف بوجه عام. وفي سن السادسة عشرة اشتغلت

لفترة قصيرة في مطعم قريب، وكانت تغسل فيه الأطباق، ولكن والديها اضطراها إلى ترك هذا العمل لأنهما رَأيا أن العمل كان مضنياً لها بدنياً، ولأنهما شعرا بالمهانة من أن لهما ابنة متأخرة عقلياً. وبدأت، بعد عودتها إلى المنزل عقب ترك هذا العمل، تنتابها نوبات من الغضب عندما تواجه بالإحباط. وكانت أحياناً تقوم برحلات بالأتوبيس لشراء الأشياء البسيطة لنفسها، ولكن أمها لم تولها ثقتها إطلاقاً في شراء ما تحتاجه الأسرة. وكانت تذهب عادة بنفسها، وأحياناً مع والدها، لمشاهدة مباريات كرة القدم، وكرة السلة، والأفلام السينمائية. وكانت إذا ما رفض السماح لها بالقيام بما ترغب في القيام به تغضب، وأحياناً تنتابها نوبات من الغضب الشديد، وقد لطمت أمها مرة أو مرتين.

وقد ظهر من قياس الذكاء أن أداءها تقريباً متساوياً في البنود اللفظية والعملية. وكانت نسبة ذكائها الكلي حوالي ٧٥، وهي نسبة تضعها في مستوى عقلي يكاد يكون أعلى من مستوى النقص العقلي الهامشي. وكانت نسبة ذكائها عند اختبارها في المدرسة قبل ذلك ٦٦ وشخصت على أنها حالة نقص عقلي هامشي.

التقويم: لقد كان من الواضح عقب التحدث وقتاً طويلاً مع هيلين ووالديها أن عدم توفر التسهيلات الملائمة للتدريب، ورعاية الوالدين الزائدة لها، وشعورهما بالخجل لأن لهما ابنة متأخرة عقلياً قد أدى إلى الفشل في تنمية الكثير من إمكانيات هيلين للحصول على الإرضاءات الاجتماعية والقيام بالإنجازات البناءة. ويبدو إن هيلين نفسها كانت تتقبل قدراتها العقلية المحدودة أكثر من تقبل والديها لها، وقد صرحت باستمتاعها بخبرتها كعاملة تقوم بغسل الأطباق. ولم تنعزل عن الناس وتصبح عدوانية إلا بعد أن وجدت نفسها وقد حرمت من كل إشباع ترغب فيه. وعلى الرغم من أن والديها كانا مستعدين لمنحها الحب والرعاية إلا أنهما، فيما يظهر، كانا عاجزين عن إشعارها بتقبل الذات، أو مساعدتها على أن تجد لنفسها مكاناً في المجتمع. ولم يكن من المثير للعجب أو غير العادي أن يؤدي إحباطها المستمر في النهاية إلى العدوان والانعزال.

ومن الواضح أنه كان من الممكن أن تعيش هيلين حياة سعيدة وبناءة أكثر

مما كانت عليه، وأنه كان من الممكن أيضاً أن يعيش والداها حياة أسعد لو كانا، هما والمجتمع أيضاً، أكثر تقبّلاً لها، ولو كانت هي بدورها أكثر تقبلاً لنفسها. ولقد أصبح مثل هذا التقبل أمراً ممكناً بعد أن أصبح أكثر وضوحاً لعامة الناس أن النقص العقلي يحدث نتيجة لاضطرابات عصبية خاصة، أو لعدم وجود بيئة صحية مثيرة أكثر مما هو نتيجة لعيب وراثي. ومن الممكن في حالات كثيرة زيادة مثل هذا التقبل، على الأقل لدى أقرباء الشخص، عن طريق استخدام العلاج النفسي المختصر معهم. وعادة يؤدي العلاج النفسي المباشر مع المتأخرين عقلياً في المستويات العليا إلى زيادة تقبلهم لأنفسهم. ومثل هذا العلاج في معظمه ينحصر في تقبلهم، وتشجيعهم، وتقديم المعونة التي يحتاجونها لكي يتقبلوا أنفسهم، ويقوموا بما يستطيعون القيام به دون خوف من النبذ أو النقد الاجتماعيين.

وقد جمع عدد من دارسي التأخر العقلي بعض المعلومات عن المهن التي يستطيع الأفراد من أعمار عقلية مختلفة القيام بها، وهي تتضمن عدداً كبيراً عن المهن التي لا تحتاج إلى مهارة، أو المهن التي تحتاج إلى مهارة بسيطة (شبه مهارة). فالراشد (ذكر أو أنثى) المتأخر عقلياً الذي يبلغ عمره العقلي ثماني سنوات عقلية يستطيع أن يكون مساعداً للطلّاء (الصباغ)، أو أن يكون كاتب مخازن، أو صانع سجاد، أو أن يقوم بالعمل المنزلي، أو أن يعمل على كثير من آلات المصانع، أو أن يعمل ككواء في محال تنظيف الملابس. أما الراشد الناقص عقلياً، الذي يبلغ عمره العقلي تسع سنوات عقلية فإنه يستطيع أن يقوم بإصلاح الأحذية، والعمل على بعض آلات الطباعة، وكمساعد في المزارع (بما في ذلك تشغيل آلات المزارع)، وتشغيل آلات العرض السينمائي، وكطاهٍ للوجبات السريعة، وصناعة الخزف، والتجميع في المصانع. ويستطيع الراشد المتأخر عقلياً الذي يبلغ عمره العقلي عشر سنوات عقلية أن يعمل كمساعد كهربائي، أو مساعد عامل أدوات صحية (سباك)، أو في طلاء الخشب وتجهيزه، أو كاتب شحن، أو في تشغيل آلات نسج الملابس الصوفية (التريكو)، أو بائعة في محلات الخردوات.

ومن الواضح أن هناك عدداً كبيراً من الوظائف المفيدة في مجتمعنا لذوي القدرة المحدودة. بل قد يكون من الأفضل أن يشغل هذه الوظائف مثل هؤلاء

الأفراد الذين يكونون أكثر رضاء بالأعمال الروتينية من ذوي القدرات العقلية الأعلى (الأكثر ذكاء). وفي كثير من الحالات ترجع صعوبات التوظيف إلى توافق الشخصية والتدريب الملائم أكثر منها إلى عدم وجود وظائف يستطيع ناقصو العقل القيام بها على نحو مناسب.

وكلما زاد ما نكتشفه من أسباب النقص العقلي، كلما أمكن تلافي حدوث كثير من الحالات، وعلاج الحالات الأخرى في وقت مبكر لتقليل نتائج الاضطراب. فاكتشف النقص في إفرازات الغدة الدرقية في وقت مبكر وعلاجه عن طريق إفرازات الغدّة الدرقية يمكن أن يحول دون حدوث القصاع (القماءة). وفي كثير من الحالات الأخرى يستطيع السيكولوجيون الإكلينيكيون العمل ليس فقط في تشخيص النقص العقلي بل في اكتشاف الظروف المثلى للتعلم، وما يستطيعون تعلمه. كما يستطيع الإكلينيكيون أن يقدموا العلاج النفسي لناقصي العقل بحيث يكون في مقدور الكثير منهم أن يعيشوا حياة أكثر سعادة وأكثر إنتاجاً.

قياس الفاقد في أداء الوظائف العقلية:

مع ازدياد اهتمام السيكولوجيين بحالات المرض النفسي بين الراشدين (الكبار)، وانشغالهم بمشكلات تشخيص حالاتهم، بدأوا في النظر في اختبارات الذكاء ليروا ما الذي يمكن أن يجدوه بالإضافة إلى ما يدعون أنه مقياس للقدرة الموروثة.

كان الاعتقاد في العشرينات والثلاثينات من هذا القرن أن من خصائص الذهان (الأمراض العقلية) أو الجنون، تدهور أو فقدان القدرة العقلية. وأنه كلما طال أمد مرض الفرد وزادت خطورته، كلما ازداد التدهور الذي يعاني منه. ومن المهم في تشخيص درجة الاضطراب النفسي ومدته أن يكون الإكلينيكي قادراً على تحديد ما إذا كان مستوى قيام المريض بوظائفه العقلية قد انخفض عن مستواه السابق.

وقد تبين من ملاحظات السيكولوجيين في مختلف المؤسسات بعض الفروق العامة في أنواع الاستجابات التي يقوم بها الأشخاص الذين كانوا يؤدون وظائفهم بكفاية أكبر أو في مستوى عقلي أعلى قبل إصابتهم بالذهان، وتلك التي

يقوم بها الذين لم يكونوا يؤدون وظائفهم بكفاية أكبر قبل إصابتهم به. ومن هذه الفروق أن الذين فقدوا بعض قدراتهم كانوا بوجه عام قادرين على الأداء على نحو أفضل في الاختبارات التي تنطوي على معرفة راسخة في الماضي مثل المفردات أو بعض أنواع معينة من المعلومات. ولكن أداءهم كان أقل في الاختبارات التي تتضمن درجة كبيرة من التركيز والتعاون في أثناء الإجابة ـ أي في حل المشكلات الصعبة، وتعلم أشياء جديدة، أو تذكر بعض المثيرات المباشرة مثل سلاسل الأرقام أو العبارات، كما إن أداءهم كان أقل في الاختبارات العملية بوجه عام وخاصة عندما كان عامل السرعة يؤثر في التصحيح. وقد وضع فريدريك ولز Frederick Wells في وقت مبكر اختبارات خاصة لقياس نواحي الاختلاف الذي يحدث في القيام ببعض الوظائف، فوضع مقياساً للذاكرة قام بمراجعته فيما بعد دافيد وكسلر David Wechsler. وفيما بعد وضع والتر شبلي Walter Shipley اختباراً يقابل فيه بين أداء الفرد في اختبار للمفردات يختار فيه الشخص الإجابة الصحيحة من بين إجابات متعددة، وأدائه في سلسلة مسائل تفكير قائمة على القياس التمثيلي تتزايد في الصعوبة.

وعلى الرغم من أن من الممكن أن نبين أن معظم هذه التعميمات يصدق على العينات الكبيرة، إلا أن هناك تضارباً فيما يتعلق بالأفراد. وقد أجريت عدة محاولات لمقارنة الاختبارات الفرعية أو المقاييس الفرعية لبعض المقاييس مثل مقياس وكسلر للذكاء الذي وصفناه سابقاً، ولتقسيم اختبار ستانفورد ـ بينيه إلى أنماط من الاختبارات الفرعية، على أمل اكتشاف نمط أو صفحة نفسية (بروفيل) للاختبارات الفرعية مميزة لأنواع الاضطرابات المختلفة. وقد شعر بعض السيكولوجيين أن نماذج خاصة للاختبارات الفرعية يمكن أن تميز اضطرابات عقلية معينة، ولكن البحث لم يؤيد وجهات النظر هذه بصورة عامة. إن ما يبدو أنه النمط الأعم هو أنه في أي نوع من أنواع المرض، المؤقت أو الدائم، الذي يؤدي إلى ضعف في القيام بالوظائف العقلية، يكون احتمال كشف الاختبارات التي تحتاج إلى الانتباه والتعاون والمجهود والدافعية والتركيز عن هذا الضعف أكبر من احتمال كشف تلك الاختبارات التي تعكس تعلماً أقدم وأرسخ عنه.

وقد اعتُمِد حتى وقت قريب على السيكولوجيين للمساعدة في تقرير وجود تلف في أنسجة المخ أو عدم وجوده. وحديثاً نسبياً استطاع المختصون في

الأعصاب والأطباء تطوير أساليب فسيولوجية أدق لتحديد التلف الذي يحدث لمناطق الترابط في المخ. ولهذا كان من الصعب كل الصعوبة في حالات كثيرة تحديد ما إذا كان المريض مصاباً بما يطلق عليه اضطراب «وظيفي»، أي اضطراب لا تعرف فيه أية أعراض مرضية جسمية أو فسيولوجية، أو بتلف حقيقي في الجهاز العصبي. وكان من الضروري غالباً الانتظار وقتاً طويلاً للوصول إلى هذا التشخيص الفارق (المميز)، لدرجة أنه كان من الصعب اتخاذ إجراءات لمساعدة المريض. ولمعالجة هذه المشكلة دُعِيَ السيكولوجيون لاستخدام اختباراتهم لتمييز المرضى الذين كان أداؤهم للوظائف العقلية ناشئاً عن تلف أو إصابة في المخ، عن المرضى الذين ظلوا على نفس مستواهم الحالي طوال حياتهم. وقد استطاع السيكولوجيون بوجه عام أن يقوموا بهذا التمييز بدرجة مقبولة من النجاح إذا كان سلوك المريض لا يشبه سلوك المرضى المضطربين «عقلياً»، ولكنهم وجدوا أنه من الصعب جداً فصل المرضى الذين كان النقص في قدرتهم راجعاً إلى الظروف الوظيفية (الذهان أو الجنون) عن المرضى الذين كان سلوكهم يتميز بالشذوذ، أو بالغرابة، أو بالتبلد الانفعالي، أو عدم القدرة على الكلام، أو رفضهم للكلام كنتيجة لتلف في المخ.

والبحث الذي قامت به آن ماجاريت Ann Magaret مثال للبحوث في نماذج الاختبارات، وقد قارنت فيه بين درجات الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر ـ بلفيو لذكاء الراشدين لثمانين مريضاً شخصوا على أنهم فصاميون (ذهان وظيفي) بدرجات أربعين مريضاً شخصوا على أنهم ذهانيون مصابون بالشلل العام (وهو ذهان مرتبط بتلف أنسجة المخ). وقورنت نماذج درجات الاختبارات الفرعية للفئتين بنماذج درجات ٢١٠ أشخاص من الأسوياء من نفس مدى السن أخذوا من العينة التي قنن عليها وكسلر.

والجدول رقم ٢ يبين متوسط درجات كل مجموعة في كل اختبار من الاختبارات الفرعية ومرتبة كل اختبار فرعي من الأعلى (١) إلى الأدنى (١١) لتوضيح الفروق في نمط القدرات. ومن المحتمل أن عينة المرضى كانت أقل بعض الشيء في القدرة العقلية قبل بدء الاضطراب (المرض).

ومن الممكن أن نلاحظ أن هناك فروقاً كبيرة فيما يتعلق بالمستوى العام لدرجات المجموعات الثلاث. وعلى الرغم من أن مجموعتيّ المرضى كانتا أقل

بعض الشيء في القدرة العقلية قبل حدوث المرض، إلا أن من الواضح أن المرض تسبب في نقص خطير في أداء الوظائف العقلية، مع ملاحظة أن المرضى المصابين بتلف في أنسجة المخ (المصابين بالشلل العام) هم الذين عانوا أكثر من مرضى الفئة الأخرى (الفصاميين).

ويمكن أن يلاحظ أيضاً أن مدى الفروق بين متوسطات الاختبارات الفرعية كانت في مجموعتيّ المرضى أكبر منها في مجموعة الأسوياء. وإذا نظرنا إلى

جدول ٢ ـ يبين متوسطات الدرجات في الاختبارات الفرعية لاختبار
وكسلر ـ بلفيو للذكاء الراشدين ومراتبها لمجموعتين
من المرضى بالمقارنة مع مجموعة من الأسوياء

الاختبار الفرعي	الفصاميون عدد = ٨٠ المتوسط	المرتبة	المصابون بالشلل العام عدد = ٤٠ المتوسط	المرتبة	الأسوياء عدد = ١٢٠ المتوسط	المرتبة
المعلومات	٨,١	٢	٦,٣	٢	٩,٨	٢
الفهم	٦,٠	٧	٥,٥	٤	٩,٧	٣
الحساب	٥,٤	٩,٥	٤,٠	١١	٩,٢	٨
الأرقام	٦,٦	٦	٤,٦	٨	٨,٩	١١
التشابه	٦,٨	٥	٤,٤	٩	٩,٥	٤
المفردات	٨,٥	١	٧,٢	١	٩,٨	١
تكميل الصور	٥,٨	٨	٥,٦	٣	٩,٣	٦
ترتيب الصور	٥,٤	٩,٥	٤,٨	٧	٩,٠	١٠
تجميع الأشياء	٧,٤	٣	٥,١	٦	٩,٢	٨
رسوم المكعبات	٧,٢	٤	٥,٢	٥	٩,٤	٥
التعويض	٥,٢	١١	٤,١	١٠	٩,٢	٨
متوسط الاختبارات الإحدى عشر	٦,٦		٥,٢		٩,٥	

From Ann Margaret, «Parallels in the Behavior of Schizophrenics, Paretics and Presenile Nonpsychotics» *Journal of Abnormal and Social Psychology, 37* (1942): 511-28, by Permission.

نموذج متوسطات درجات الاختبارات الفرعية كما هو واضح من المراتب التي حصلت عليها فإننا نجد أن عينتيّ المرضى متشابهتان تماماً، إذ أن أفضل

متوسطين لدرجات المجموعتين في الاختبارات الفرعية، وأسوأ متوسطين لها هما لنفس الاختبارات الفرعية، على الرغم من أن إحدى المجموعتين كانت تشكو من اضطراب دون أي تلف عضوي معروف، في حين أن الأخرى كان من المعروف أنها مصابة بتلف خطير في أنسجة المخ. وفي كلتا الحالتين كان اختبارا المواد الراسخة التعلم (وهما المعلومات والمفردات) أفضل نسبياً، أما الاختباران اللذان يتطلبان تركيزاً وسرعة ومجهوداً (وهما الحساب والتعويض) فكانا أقل الاختبارات.

وتشير هذه النتائج وغيرها إلى أن السيكولوجي الإكلينيكي يمكن أن تكون له قيمة في الكشف عن وجود أعراض مرضية في وظائف المخ، وفقدان القدرة العقلية كنتيجة لاضطرابات خطيرة غير عضوية. ولكن عندما تكون أعراض المريض بمرض عضوي شبيهة بأعراض المريض بذهان وظيفي، كما في حالة الشلل العام، فإن السيكولوجي ينبغي أن يكون أكثر حذراً في النتائج التي يصل إليها. وفي مثل هذه الحالات، إذا اعتبرت اختبارات السيكولوجيين مجرد مؤشرات لإجراء مزيد من الفحوص العصبية الأدق، أكثر منها دلالة على اضطراب عقلي عضوي، فإن استخدام مثل هذه الاختبارات يمكن أن يكون ذا أهمية كبيرة.

الفصل السابع

التشخيص*

يذكر جوردن ألبورت Gordon Allport إنه يوجد ألف وثمانمائة مصطلح في اللغة الانجليزية يمكن استخدامها في وصف الخصائص المميزة لسلوك الفرد أو الشخصية[1]. ويستخدم عدد كبير من هذه المصطلحات في وصف السلوك الشاذ، أو غير العادي، أو السيكوباثولوجي (المَرَضي النفسي). ومن الواضح أن السيكولوجي الإكلينيكي، إذا ما بدأ في وصف خصال الأفراد الثابتة والعامة نسبياً، فإنه يجد نفسه بإزاء عدد ضخم من المفاهيم التي يمكنه استخدامها،

(*) جاء في الأصل تشخيص الشخصية. وقد استبعدت كلمة الشخصية نظراً لثقلها على السمع. وكان من الممكن استخدام تقويم الشخصية لولا ما ينطوي عليه هذا من تغيير في المصطلح الذي استخدمه المؤلف وما قد ينطوي عليه من مفهوم معين. فالتشخيص أصلاً مصطلح طبي استخدم في علم النفس الإكلينيكي وذلك حين كان الاتجاه الطبي سائداً، وبقي مستخدماً بعد ذلك رغم محاولات البعض استخدام مصطلحات جديدة منها التقويم والتقدير (المترجم).

(1) *Personality: A Psychological Interpretation* (New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc., 1937).

ولكن كيف ينتقي من بينها ما هو جوهري، وهام، وله قيمة؟ وإذا كان عليه أن يطبق اختباراً واحداً فقط، فهل ينبغي أن يقيس هذا الاختبار الامانه، او البشاشة، أو العدوان الكامن نحو الآخرين، أو القدرة على معالجة المشكلات على أسس ذهنية (عقلية)، أو الاندفاعية، أو التفاؤل، أو الميل الاجتماعي، أو غير ذلك من المفاهيم؟ الواقع أنه إذا توفر له الوقت، وأتيحت له الفرصة لأن يحاول تقويم خمسين خاصية عن طريق القياس والوسائل الأخرى، فإنه يظل يواجه مشكلة أي خمسين خاصية يختارها من بين مئات الخصال المختلفة التي تصف السلوك أو الشخصية.

والإجابة عن هذا السؤال هي أن أي سيكولوجي إكلينيكي يأخذ مفاهيمه من نظريات الشخصية أو المرض النفسي (السيكوباثولوجيا). وفي بعض الأحيان توصف هذه النظريات وصفاً يتميز بالعناية والوضوح، فتحدد المسلمات التي تتضمنها هذه النظريات كما تحدد المصطلحات الواردة تحديداً دقيقاً. وفي بعض الأحيان الأخرى تتكون النظريات خلال فترة من الزمن، فلا تتضح إطلاقاً المسلمات التي تقوم عليها، ولا تتحدد تعريفات المصطلحات بوضوح. ولكن مع ذلك، فإن هذه النظريات أيضاً قد تتضمن ما يشير إشارة محددة إلى ما هو رئيسي بالنسبة لدراسة الشخصية أو المرض النفسي. ومن بين نظريات هذا النوع الأخير تلك النظرية التي نادراً ما اتضحت مسلماتها، ولكنها سيطرت في وقت ما على تفكير الذين يعملون في ميدان السلوك الشاذ (غير السوي)، والتي تأخذ بمنهج البحث الذي يرى في السيكوباثولوجيا (المرض النفسي) وجوداً قائماً بذاته.

ومن المفيد قبل أن ننتقل إلى مناقشة المناهج التي يستخدمها السيكولوجيون في قياس الشخصية أو التشخيص، أن نناقش أربع مجموعات كبيرة من نظريات الشخصية وهي التي قدمت عدداً كبيراً من المفاهيم التي يستخدمها السيكولوجيون الإكلينيكيون على نحو متميز[١].

---

(١) من وجهة نظر أخرى مختلفة بعض الشيء لبعض مناهج البحث هذه ووجهات النظر الأخرى التي تتجه خاصة لمشكلات علم النفس الإكلينيكي أنظر في هذه السلسلة كتاب: الشخصية، تأليف ريتشارد س. لازاروس Richard S. Lazarus, Personality. [وترجمة الدكتور سيد محمد غنيم (دار الشروق بيروت ١٩٨١). المترجم].

منهج البحث في المرض النفسي باعتبار أن له وجوداً قائماً بذاته:

كان ينظر في القرون الوسطى إلى الأفراد الذين يتصف سلوكهم بالغرابة، أو الشذوذ، أو انعدام التعقل أو الفهم على أنهم واقعون تحت سيطرة الشياطين والأرواح. ولتخليصهم من هذه الأرواح الشريرة كانوا يعذبون، وأحياناً يحرقون على أنهم سحرة. وبالتدريج ظهر اتجاه إنساني نحو هذا السلوك المنحرف اجتماعياً، وبذل المثقفون جهوداً قوية لفهم مثل هذه الانحرافات بدلاً من تعقب أصحابها. وحاول أطباء القرن التاسع عشر أن يبثوا في الأذهان إن هذه الانحرافات ليست سوى أمراض، وإن المصابين بها ينبغي أن ينظر إليهم على أنهم مرضى لا ينبغي أن ندينهم(***). وعندما بدأت عملية وصف طبيعة هذه الأمراض الأساسية كان من الطبيعي أن يطبق المنهج الطبي على الاضطرابات السيكولوجية. وكما هو الشأن في أنواع الأمراض الأخرى، فقد افترض أولاً أن كل فرد كان يعاني من اضطراب معين خاص، تكشف عنه الأعراض التي تبدو في السلوك الذي نلاحظه، وأن تجمعات هذه الأعراض تحدد المرض الأساسي الذي يكمن وراءها. وعلى ذلك كانت النظرة السائدة هي أن الأمراض العقلية مثل الأمراض الجسمية تتميز بنمط معين من الأعراض ينطبق على معظم المصابين بها، كما هو الحال في النقرس، أو الاضطرابات التي تحدث في وظائف المرارة، أو أورام المخ، أو انفجار الزائدة الدودية الملتهبة، أو إصابة الرئتين بعصويات السل. ومع تراكم أوصاف «الأمراض» بدأت تظهر محاولات وضع تصنيفات عامة شاملة بلغت أوجها فيما قام به إميل كرايبلين Emit Kraepelin في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر. فقد وضع كرايبلين، وهو طبيب ألماني حصل على تدريب في علم النفس، تصنيفاً دقيقاً ومنظماً للاضطرابات العقلية التي جاء وصفها آنذاك في المؤلفات الفرنسية والألمانية.

وكان التقسيم الأول لكرايبلين هو تقسيم الاضطرابات إلى اضطرابات عضوية (داخلية النشأة) واضطرابات وظيفية (خارجية النشأة). ففي حالة الاضطرابات العضوية افترض إن المرض النفسي يرتبط بمرض جسمي أو

(***) أظهر العرب والمسلمون في العصور الوسطى اتجاهاً إنسانياً نحو المرضى النفسيين ومن يسلكون سلوكاً مغايراً للمألوف يماثل الاتجاه السائد في العصر الحالي [المترجم].

فسيولوجي معروف، أما في حالة الاضطرابات الوظيفية فلا يعرف مثل هذا الارتباط بمرض جسمي أو فسيولوجي في وقت المرض. وينبغي أن يكون واضحاً أنه في هاتين الحالتين لا يصف وجود المرض الجسمي في حد ذاته اضطراباً سيكولوجياً، وأن هذا الاضطراب إنما يوجد في الطريقة التي يفكر بها الفرد أو يسلك، ولكن في بعض الحالات نشعر بأن الإصابة قد نشأت عن مرض عضوي معروف أو ارتبطت به. وكثيراً ما افترض المصنفون الأوائل هذه الأمراض العضوية على أساس شواهد محددة؛ ومنذ ذلك الوقت حدث أن نقل بعض الاضطرابات من أحد الأقسام الكبرى التي قال بها كرايبلين إلى قسم آخر نتيجة التوصل إلى معلومات جديدة.

وعلى الرغم من أن المخطط التشخيصي الذي قال به كرايبلين قد تغير وأصبح افضل وأكثر دقة على مر السنين، إلا أنه لايزال المخطط التصنيفي الأساسي الذي يستخدمه الأطباء العقليون وإلى حد كبير السيكولوجيون المختصون في الشذوذ. ويشار إليه أحياناً على أنه نظام التصنيف الطبي العقلي أو التصنيف السيكياتري للأمراض.

إن مبادىء التصنيف الأساسية لمخطط التشخيص المستخدم في الوقت الحاضر متنوعة وغير منظمة نسبياً. فبعض الاضطرابات لا تحددها أعراضها بالقدر الذي تحددها أسبابها المفروضة، وخاصة الذهانات العضوية كالذهان الناشىء عن التسمم من جراء تناول العقاقير. وبعض الاضطرابات الأخرى تحددها أعراضها بصورة كلية تقريباً، ففي العصاب الهستيري مثلاً يشعر المريض بفقدان وظيفة عضوية من وظائف أعضاء الجسم الحسية أو الحركية (العضلية). ويتحدد بعض الأمراض بما ينشأ عنها فيما بعد (بالتنبؤ)، فمن المفروض مثلاً احتمال استمرار الفصام لفترات أطول من الفترات التي يستمر فيها الاكتئاب (الانقباض). وفي هذه الحالة فإن طول مدة المرض نفسه تستخدم كأساس من أسس التصنيف.

ومن أمثلة الاضطرابات العضوية، أو اضطرابات التفكير أو الفعل التي ترتبط بالشذوذ السيكولوجي: الأورام، واضطرابات المخ التدهورية، والتسمم بالعقاقير، وإصابات الجهاز العصبي المركزي بلولبيات الزهري (الشلل)، والإصابات الناشئة عن إصابات المخ من قبل بعض الأمراض كالتهاب المخ (ما

يعقب التهاب المخ). وتتباين الأعراض في هذه الاضطرابات تبايناً شديداً، متضمنة الهذاءات(*) والهلوسات(*). وفي بعض الحالات قد تظهر الأعراض بمظهر التفكير الغريب مسببة بذلك الخطأ كما هو الشأن في حالات الأفيزيا التي تصاب فيها وظائف اللغة بالاضطراب. وفي هذه الحالات، إما أن يكون الفرد عاجزاً عن فهم اللغة أو تفسيرها، أو أن يكون غير قادر على أن يعبر عن أفكاره الخاصة. ومثل هذه الاضطرابات، التي ترتبط عادة بنوع من التلف في مناطق الترابط في المخ، قد تعطي أحياناً مظهر «الاضطرابات العقلية (السيكياترية)» التي لا يرتبط فيها مثل هذا السلوك بأي مرض عضوي معروف.

والاضطرابات الوظيفية تنقسم إلى ثلاث مجموعات كبرى، منها «مجموعة الذُهانات (جمع ذُهان)». ومفهوم الذهان يعادل تقريباً الاستخدام الشائع للجنون. والمريض الذي يشخص على أنه مصاب بالذهان يفقد عادة حقوقه المدنية، ويجوز إيداعه أحد المستشفيات دون الحصول على موافقته. ونظراً لما ينطوي عليه هذا المصطلح من مضامين قانونية كان لتشخيص الذهان نتائج عملية هامة. ومع ذلك فإن صياغة تعريف للذهان ليس بالأمر السهل. والذهان، بوجه عام، يتضمن تشويهاً للبيئة (التي يوجد بها المريض) ناشئاً عن الشذوذ الذي يصيب التفكير، والإدراك الحسي، والاستجابة الانفعالية. ويكون هذا التشويه بدرجة كافية بحيث يعتبر المريض غير قادر على أن يهتم بأموره بطريقة ملائمة، وقد يشكل خطراً على نفسه أو على غيره. والفصام (الشيزوفرينيا) هو الاضطراب الذهاني الوظيفي الذي يفترض فيه أنه أكثر انتشاراً في ثقافتنا من غيره. وهو يتميز بالهذاء، والهلوسة، والسلوك الانسحابي الواضح، والتفكير الخلطي أو غير المعقول، وعدم القدرة على الاستجابة الانفعالية الملائمة. ويطلق على الاضطرابات الشديدة في رد الفعل الانفعالي ذهان الهوس ـ الاكتئاب. ويبدو المظهر الهوسي في الاستثارة الشديدة، في حين أن المظهر الاكتئابي يبدو في الحزن وفي العزيمة المثبطة غير الملائمين. ويعتبر الاكتئابيون معرضين لخطر الانتحار بدرجة شديدة. والاضطراب الذي يتميز بأفكار (هذاءات) الاضطهاد المنتظمة فيما بينها لدرجه أنها قد تبدو معقولة فيما عدا الافتراضات الأساسية التي بنيت عليها، هو ما نطلق عليه البارانويا Paranoia. والاكتئابات والأعراض الخطيرة الأخرى التي تحدث في أواخر الحياة،

والتي يبدو ظهورها مصادفة تقريباً مع فترة الانتكاس(*) Involutional Period، سبق أن وصفت بأنها ميلانخوليا انتكاسية (ارتدادية).

والمجموعة الثانية الكبرى من الاضطرابات الوظيفية تشمل «العُصابات (جمع عُصاب)». وعلى الرغم من أن المريض في هذه الحالة يكون تعساً، سيِّىء التوافق، وشاذاً أحياناً في سلوكه، إلا أن التشويه الذي يصيب الواقع في نظره ليس بالضخامة التي يكون عليها في الذهانات، ويستطيع العصابي أن يواجه عادة المظاهر المختلفة في البيئة التي يعيش فيها. والفقرة المقتبسة التالية تساعد على تمييز «العصابي» من «الذهاني».

> «... وفي بعض الأحيان قد يكون العصابيون عاجزين بدرجة خطيرة تماماً (كالذهانيين)، ولكن الاضطرابات في حياتهم النفسية أقل شدة، ولاتبدو على الشخصية علامات الانحلال الكامل، فهم عادة أكثر توجيهاً (إدراكاً) للمكان، والزمان، والأشخاص. وعلى الرغم من أن استبصارهم لا يمكنهم من فهم أسباب صعوباتهم، إلا انهم قادرون على إدراك حقيقة وجود هذه الصعوبات. وعلى الرغم من أن استغراقهم في الخيال قد يكون مبالغاً فيه، إلا انهم قادرون على التمييز بين الواقع والوهم. وأخيراً، فإنهم لا يعانون من انحلال الشخصية الشامل الذي تبدو فيه الهذاءات والهلوسات(١).

وفي العصاب النفسي قد توجد الأعراض في المخاوف المبالغ فيها، والأفكار المتسلطة التي تعاود الفرد بقدر كبير من المثابرة، والآراء الخاصة المتعلقة بالسلوك الجنسي التي تتعارض مع التوافق الجنسي السوي، وظهور الشكاوى الجسدية التي ليس لها أساس فسيولوجي واضح (التعب، الضعف، الصداع، الشلل، فقدان الإحساس، وغير ذلك). وقد تشمل الأعراض الأخرى على سبيل المثال، مشاعر عدم المواءمة المبالغ فيها، والخجل البالغ، والقلق، والشعور بالتوتر المستمر.

والمجموعة الثالثة الكبرى من الاضطرابات الوظيفية هي «الشخصيات السيكوباتية». وكان المعتقد في الأصل أنها جبلية، أي أنها أصلاً وراثية في طبيعتها، وهي تتميز عادة بالسلوك غير الأخلاقي أو المعارض لمستويات المجتمع. وعلى الرغم من أن القليلين في الوقت الحاضر يعتبرون أن هذا النوع من الاضطرابات وراثي، إلا أنه لايزال حتى الآن يستخدم في وصف نماذج

---

(١) From G. W. Shaffer and R. S. Lazarus, *Fundamental concepts in Clinical Psychology* (New York: Mc Graw - Hill Book company (1952), P. 292 by permission.

السلوك الثابتة بدرجة عالية والتي من العسير تغييرها. ويضم هذا النوع من الاضطرابات معتادي الإجرام، ومدمني الخمور، والمتعودين على تناول العقار، والمنحرفين جنسياً، والذين يبدون (وأحياناً بطريقة خادعة) كأنما لا تربطهم بغيرهم من أفراد مجتمعهم مشاعر عامة.

ومنهج البحث في وصف الشخصية أو تشخيصها عن طريق مثل هذا التخطيط التصنيفي يتضمن بالضرورة قياس الخصائص أو الأعراض السائدة في الاضطرابات المختلفة. ولذلك ينبغي وضع الاختبارات التي تحدد ما إذا كان تفكير الفرد معقولاً، وما إذا كان يعاني من الهلوسات والهذاءات، وما إذا كانت استجاباته الانفعالية سوية، وغير ذلك: مثل هذه الملاحظات قد تسهل التشخيص. وعلى الرغم من أن السيكولوجيين والسيكياتريين أصبحوا مدركين الآن لنقائص هذا المنهج، إلا أنه لا يزال ذا أثر كبير في تحديد أوجه النشاط التي يقوم بها السيكولوجي الإكلينيكي في كثير من المؤسسات. ومن الممكن أن نلخص باختصار بعض نواحي القصور هذه على النحو التالي:

١ ـ إنه منهج بحث عام في وصف الشخصية لا يفسر الفروق الفردية في المجموعة الكبيرة من الأسوياء. فمناهج البحث التي تهدف إلى وصف مثل هؤلاء الأفراد لاتزال قاصرة على وصف ميلهم إلى السلوك النفسي المرضي، تاركة للآن المظاهر الأساسية في شخصياتهم.

٢ ـ والحقيقة القاطعة هي أن الصور التي تظهر عليها الأعراض لا تندرج تحت نماذج أو مجموعات واضحة، وأن هناك تداخلاً كبيراً في أعراض الاضطرابات المختلفة، وأن كثيراً من الأفراد يمثلون خليطاً من الاضطرابات المختلفة، كما أن كثيراً منهم يمثلون اضطراباً واحداً فقط. وكنتيجة لهذا لا يكون التشخيص ثابتاً إلى حد كبير؛ إنه يتغير مع مرور الوقت، ومن الممكن أن يختلف، بصورة ملحوظة، باختلاف القائمين بالتشخيص.

٣ ـ ومع ازدياد فهمنا للخبرة التي تقع وراء السلوك المرضي فقد أصبح من الواضح في الوقت الحاضر أن الأفراد المختلفين قد تتكون لديهم نفس الأعراض لأسباب مختلفة، كما أن الأفراد الذين يعانون من نفس الصعوبات (كما هي مفهومة في حدود الأسباب المرضية التي تؤدي إليها) قد تتكون لديهم أعراض مختلفة كثيرة. وبعبارة أخرى، إن النموذج المرضي الذي أخذ عن الطب لا

يتلاءم ببساطة مع ميدان الشذوذ السيكولوجي. إن الدليل قوى في علم النفس الشاذ على أننا نتناول نتائج خبرات الإنسان وليس نتائج عمليات مرضية.

٤ - إن المنهج العام للتشخيص يبدو عقيماً كل العقم. ففي المائة عام أو ما يقاربها منذ أن أُدُّعِيَ أن هذه الوحدات التشخيصية قد حددت ووصفت، كان من الصعب تماماً، وخاصة ف حالة الاضطرابات الوظيفية، أن نجد أية طرق علاجية ملائمة لكل تشخيص. أي أن التصنيف يبدو أنه وضع بقصد التصنيف فقط، وأن العلاج النوعي لكل اضطراب معين أمر يعوزنا بكل بساطة.

منهج البحث وفقاً للملكات والأنماط والسمات

رغم أنه ليس من العدالة، إلى حد ما، أن نضع منهج البحث الحديث للشخصية جنباً إلى جنب مع المناهج التي عفا عليها الزمن، والقائمة على أساس الملكات العقلية، أو أنماط الشخصية، إلا أن من الأرجح أن منهج البحث للسمات قد ظهر نتيجة هذه المناهج المبكرة، وأنه لايزال يشاركها بعض الخصائص.

سيكولوجية الملكات

من الممكن أن نصف «الملكة» على أنها قدرة فطرية «للعقل ككل»، أي أنها خاصية أو صفة عامة للإنسان. وتعتبر كل ملكة ذاتاً مستقلة (أو كياناً مستقلاً) على الرغم من إمكان تأثرها بالملكات الأخرى وتأثيرها فيها. فالفرد قد لا ينمي أو يطور ملكة ما إلى أقصى حد؛ ولكنه، من الناحية الأخرى، قد ينميها أو يطورها إلى أقصى حد يمكن أن تسمح به الطبيعة (أو الوراثة).

ونادراً ما نظر إلى نظرية الملكات على أنها مذهب محدد تحديداً دقيقاً. وعلى الرغم من أن قلة من علماء النفس الحديثين يتمسكون بها، إلا أن الكثيرين مازالوا متأثرين بمفاهيمها. ويختلف سيكولوجيو الملكات أيضاً في درجة تأكيدهم لفطرية الملكات، وفي درجة تمسكهم بتأثير بعضها في البعض الآخر. ويختلف كل منهم أيضاً في درجة اهتمامه بخصائص العقل العامة والفروق الفردية. وحتى عندما يبدو أن الاهتمام المباشر لأي باحث في سيكولوجية

الملكات هو تعريف ملكة جديدة من ملكات العقل فقط، فإن الفرض الأساسي هو الوصول إلى متغير يمكن به مقارنة الأفراد بعضهم ببعض.

وثمة تصنيفات عدة لملكات العقل تبدأ من عهد الإغريق الأوائل. فالإرادة، والتفكير، والحكمة، والتقليد، والحب، والرحمة، والزهو هي بعض المفاهيم الكثيرة الخاصة بالملكات التي ظهرت في وصف خصائص الفرد على مر العصور. وهي ترتبط بقوائم الغرائز (مثل التجمع والتقليد والعطف والسيطرة) التي كانت شائعة في أوقات متباينة.

وقد نتساءل ما الخطأ في سيكولوجية الملكات، إذا كان ثمة خطأ، إذ أن هذه المصطلحات والمفاهيم ما كانت لتستمر إذا لم تكن مفيدة. إن النقد المعتاد لمنهج البحث وفقاً لنظرية الملكات هو أنها تفسر (الظواهر) بالتصنيف. فالإجابة عن السؤال لماذا يدرك الفرد الألوان، أو يستخدم الآلات، أو يتذكر الأرقام؟ هي لأن لديه إدراكاً للألوان، وقدرة ميكانيكية، وذاكرة. وفي ميدان الفروق الفردية يصبح الجواب هو أن لديه من الملكة أكثر أو أقل من المتوسط. ومن الواضح أن هناك عنصراً عاماً بين تذكر الأرقام، وتذكر الأسماء، وتذكر الدروس (رغم أنها في الحقيقة أبعد من أن تكون علامة تامة) مما يسمح بشيء من التنبؤ بمفهوم للذاكرة في سبيل بعض الأغراض العملية. ولكن هناك خطراً كبيراً عندما يستخدم مثل هذا التكوين الوصفي في مكان تفسير أو وصف أكمل للظروف التي يحدث فيها فعل ما، إذ أن المعلومات الأخيرة تسمح بالتنبؤ والضبط، ولا تسمح بذلك المعلومات السابقة. فالأمانة، مثلاً، كملكة لا تتفق مع ذلك الرأي، فقد ثبت ببرهان مقنع أن الأمانة في موقف ما يمكن أن تكون غير مرتبطة إطلاقاً بالسلوك في موقف آخر.

وربما كان النقد الأعم لسيكولوجية الملكات هو أنها تجعل من المظاهر التكوينية للسلوك ذواتاً مستقلة. وهذه الذوات تعالج كما لو كانت مستقرة، في داخل الفرد، ويضيع كثير من الجهد في سبيل تحديدها، وتصنيفها، ووضع اختبارات لقياسها بدلاً من وضع اختبارات لحل المشكلات العملية مثل كيف ندرب الناس على أن يصدروا أحكاماً صحيحة، أو كيف نقي من الاضطرابات العقلية ونعالجها. إنها فلسفة استاتيكية يفسر فيها السلوك على أساس ذوات مستقلة نسبياً توجد داخل الفرد، بدلاً من أن يفسر على أساس فرد منظم تنظيماً معقداً في تفاعل مع محيط هو الآخر منظم تنظيماً معقداً.

نظريات الأنماط

نظرية الأنماط نظام لتصنيف الأفراد إلى فئات أو أنماط عريضة جداً. ونظريات الأنماط تحاول ـ مشتركة في ذلك مع منهج الدراسة وفقاً لنظرية الملكات ـ أن تتنبأ بالسلوك دون حاجة إلى وصف المواقف البيئية التي هي مجال للسلوك، فهي تفسر على أساس خاصية الفرد الداخلية غير المتغيّرة نسبياً. ونظريات الأنماط أكثر اعتماداً من نظريات الملكات على افتراضات وراثية أو جبلية، إذ يفترض أن الفرد يسلك بالطريق التي يسلكها بسبب الخصائص الموروثة، أو الخصائص الجبلية المحتمل أن تكون إلى حد كبير، أموراً موروثة.

إن نظريات الأنماط نظريات استاتيكية بمعنى أنها تفتقر إلى مبادىء تصف آثار التفاعل بين الفرد والبيئة. وهي نظريات استاتيكية أيضاً بمعنى أنها تميل لأن تقدم تفسيراتها على أساس الخصائص التي لا تتغير نسبياً، وليس على أساس السلوك المتعلم والقابل للتغير. والخاصية الثالثة المحددة لنظريات الأنماط هي العدد المحدد للمفاهيم الوصفية الذي تستخدمه. فنظريات الأنماط التي تحاول أن تفسر السلوك بتصنيف الأفراد في نمطين أو ثلاثة أو أربعة أو حتى في سبعة أنماط أساسية ـ كما في رأي أ. جـ. روزانوف A. J. Rosanoff ـ هي نظريات محددة كل التحديد فيما يتعلق بقدرتها على وصف السلوك الإنساني المعقّد والتنبُّؤ به.

وعلى الرغم من ازدهار نظريات الأنماط منذ عهد الإغريق الأول، فإن مفاهيم نظريات الأنماط في علم النفس في الوقت الحاضر قد تأثرت تأثراً كبيراً بالمدرسة الفرنسية التي تتمثل في مؤلفات لويس روستان Louis Rostan عام ١٨٢٨، وكذلك في مدرسة إرنست كريتشمر Ernst Kretschmer الألمانية التي تابعت في نظريتها في الأنماط نظرية روستان بدقة، وهي كنظرية قامت أولاً على أساس الخصائص الجسمية مثل نظرية روستان. وقد صنف روستان الأفراد في الأنماط الهضمية، والعضلية، والتنفسية، والمخية، وهذه الأنماط تقابل إلى حد كبير أنماط كريتشمر: البدين، والرياضي، والرياضي الواهن، والواهن (أنظر مناقشة شلدون التالية). وحتى حين تتضمن نظرية الأنماط إمكانية أن شيئاً ما يوجد بقدر أكبر أو أقل بحيث أن فرداً ما يوجد في موضع ما على امتداد سمة واحدة، أو أن يوجد على مواضع متعددة لامتدادات عدة سمات، فإننا لانزال أيضاً في مواجهة طريقة ضيقة ومحدودة وبدائية في وصف السلوك الإنساني.

وتظهر التطورات الحالية لنظريتيّ الأنماط لكل من روستان وكريتشمر على أفضل نحو في مؤلفات وليم هـ . شلدون[1] William H. Sheldon. وعلى الرغم من أن شلدون وضع نظرية من أكثر نظريات الأنماط تطوُّراً راجعاً في ذلك إلى أكثر الأسس موضوعية لأغراض التصنيف، إلا إنه بقي عرضة للنقد الذي يوجه إلى جميع نظريات الأنماط. فهو يميز بين ثلاثة أنواع من الأنماط الجسمية. النمط الداخلي التركيب Endomorph (النمط الحشوي والبدين أو الهضمي) الذي يتميز بالأحشاء الهضمية الضخمة، ونمو ضعيف نسبياً للتكوين الجسمي (العظم، والعضلات والأنسجة الرابطة). وأصحاب النمط التكويني الداخلي بُدناء عادة ولكنهم قد يبدون نحافاً أحياناً. وهم على قدر بسيط من الرزانة أو الوقار. والنمط الثاني هو النمط المتوسط التركيب Mesomorph، ويتميز بأن التكوين الجسمي هو الغالب (العضلي ـ الرياضي)، وهو قوي منتصب القامة. والسيطرة فيه للعظم والعضلات والأنسجة الرابطة. وفي هذا النمط يكون الجلد سميكاً متسع المسام. والتكوين في النمط الخارجي التركيب (الواهن ـ الضعيف الجسم ـ المخي) Ectomorph يكون هشاً طويلاً، ويكون الصدر مسطحاً والأطراف طويلة نحيفة، ضئيلة العضلات، أسطوانية العظام، والقوام منحن، والحركة تتميز بتقييد متردد.

ويقابل هذه الأنماط الجسمية الثلاثة أنماط مزاجية ثلاثة وهي: المزاج الحشوي Viscerotonia ويمثل شخصية النمط الداخلي التركيب، والمزاج البدني (الجسمي) Somatotonia ويمثل شخصية النمط المتوسط التركيب، والمزاج المخي) Cerebrotonia ويمثل شخصية النمط الخارجي التركيب. والنمط الحشوي يميل إلى كثرة الطعام والاختلاط الاجتماعي، ويحتاج إلى الحب والتشجيع، وهو راض متسامح، ويعبر عن انفعاله بحرية. والنمط البدني (الجسمي) مسيطر، وطموح، وعدواني، يميل إلى الرياضة والمخاطرة والتنافس، ويحاول أن يحل المشكلات عن طريق العمل. والنمط المخي متحفظ، يميل إلى التفكير والسرية، وردود انفعالاته قوية، وهو يحب الوحدة، شاعر بذاته، مكفوف في تعبيره الاجتماعي.

---

(١) *The Varieties of Human physique* (New York: Harper and Brothers, 1940).

وليس من الضروري تصنيف الأفراد في أنماط خالصة، بل يمكن تصنيفهم على سلّم مكون من سبع درجات تبين درجات الميل نحو الأنماط الجسمية والمزاجية. ومع ذلك، تبقى هناك صعوبات متعددة في مثل هذا المنهج من البحث. فمن المفروض، مثلاً، أن الأفراد يتصفون بجميع السمات التي توصف بها الأنماط المزاجية الثلاثة جميعها بنفس الدرجة التي يقدرون بها على المقاييس المدرجة الخاصة بالأنماط المورفولوجية (الجسمية). وحتى إذا أمكن توضيح أنه توجد ارتباطات منخفضة بين التكوين (الجبلي) والسلوك ذي المعنى، أو بين أنواع السلوك ذات المعنى في مجموعات الأفراد الذين يصنفون وفقاً لتكوينهم، فإن مثل هذه التصنيفات ذات قيمة تنبئية ضئيلة لوصف السلوك في أي موقف معين. وحتى إذا أمكن إثبات أن مثل هذه العلاقات قائمة، فإن الأمر يصبح أمر تفسير ما إذا كانت هذه الارتباطات محددة بيولوجياً، أو أنها تعتمد على ردود الفعل الثقافية والشخصية للفروق الجسمية التي توجد بين الأفراد. فالصبي النحيل الضعيف قد تنشأ لديه ميول جمالية وهوايات غير اجتماعية، ليس بسبب المحددات الموروثة، بل لأنه لا يجد في ثقافة معينة إشباعاً في الرياضة البدنية واللعب البدني، وبالتالي يضطر لأن يسعى وراء الإشباع في الهوايات غير الاجتماعية مثل القراءة. ونظراً لما يبدو من أن نظريات الأنماط الجسمية مثل نظرية شلدون لا تنطبق على الإناث في الثقافة الواحدة، وهن اللواتي تختلف أدوارهن في الطفولة والرشد عن أدوار الذكور، فإن هذا يوحي بأن الفروق القائمة بين الجنسين تعتمد على اطراد ردود الفعل الثقافية أكثر منها على التحديد البيولوجي.

ونظرية الأنماط ليونج Jung[1] في الانبساط والانطواء هي أساساً نظرية سيكولوجية أكثر منها نظرية أنماط تكوينية كالنظريات التي سبقت مناقشتها. ومع ذلك، فهي تتداخل بدرجة كبيرة مع وصف الخصائص السيكولوجية للأنماط التكوينية. وبوجه عام، نجد أن المنطوي يشابه النمط الواهن، أو الضعيف Leptosome، أو النمط الخارجي التركيب؛ ونجد أن المنبسط يشابه النمط المضمي البدين Pyknic، أو النمط الداخلي التركيب. وتتداخل الأنماط الفرعية

(١) Psychological Types (New York: Harcourt, Brace and Company, 1923).

والأنماط المتطورة عنها مثل الثنائي النمط وهو المنبسط والمنطوي معاً، أو المنبسط الكاذب الذي يبدو منطلقاً وهو في الواقع متمركز حول الذات ويسعى وراء السلطة، مع النمط العضلي، أو الرياضي، أو النمط المتوسط التركيب.

سيكولوجية السمات

يشبه منهج البحث وفقاً لنظريات السمات في وصف السلوك منهج البحث وفقاً لنظريات الأنماط في عدة نقاط. وقد قدم جوردن ألبورت Gordon Allport تمييزاً رائعاً للتفرقة بين منهج البحث وفقاً لنظريات الأنماط ومنهج البحث وفقاً لنظريات السمات. فهو يرى أنه يمكن أن نقول إن الشخص لديه سمة ما، ولكن لا يمكن أن نقول إن لديه نمطاً ما، بل إننا نقول إنه يقع في نمط ما. وفي الاستخدام الحديث يقصد بالسمة متغير أو امتداد، يمكن أن نحدد عليه موضعاً لكل فرد من الأفراد. وقد سمح ألبورت بحالات خاصة للسمات الغريبة أو الفردية التي تميز شخصاً واحداً فقط، ولكنه لم يوضح كيف يمكن وصف مثل هذه الخصائص أو فهمها أو التنبؤ بها لأغراض علمية. وأما فيما يتعلق بالسمات العامة أو الشائعة(*) monothetic، فإن الفرق الواضح الذي يقدمه ألبورت يبدو وكأنه ينتهي إلى أمر يتعلق بالدرجة أكثر منه بالنوع.

إن الأفراد في نظرية الأنماط لشذوذ يقعون على امتداد ما. وهو يختلف في ذلك عن بعض نظريات السمات في أنه يستخدم متغيرات محدودة نسبياً، وفي افتراض أن كل متغير يميل لأن يكون ممثلاً لتجمع من الخصائص التي يمكن اعتبارها سمات. إن نظريات السمات ليست محدودة كنظريات الأنماط في فئات قليلة، أو في وضع تمييزات ضئيلة فيما يتعلق بالفروق الفردية. إن الخطأ الأكبر في نظرية السمات، كالخطأ في سيكولوجية الملكات، يقع في معالجة الشخصية كخاصية داخلية دون الإفادة من الموقف الذي توجد فيه للتنبؤ. فإذا كان الفرد يحتل مكانة متوسطة، أو يقع في المئين الخمسين في سمة العدوان، فهل معنى ذلك أنه يسلك سلوكاً نصف عدواني، أو أنه يسلك سلوكاً عدوانياً نصف الوقت وإذا كان الأمر كذلك فأي النصفين؟ أو ماذا؟ ومع ذلك، فهذا النقص ليس نقصاً بالضرورة. فمن الممكن أن نصف السمات في عبارات موقفية أو وفقاً لاتجاهية السلوك Directionality of Behavior بطريقة لا تختلف عن مفهوم الحاجات السيكولوجية التي ستناقش في هذا الفصل فيما بعد.

ومنهج البحث وفقاً لنظريات السمات أو العادات في وصف الشخصية يصبح أكثر قصوراً إذا لم يمدنا بالظروف التي تؤدي إلى التغيير كنتيجة للتفاعل مع البيئة. ومع ذلك، فمن الممكن أن نفكر في السمة على أنها عادة. وإذا ما تكاملت هذه النظرة مع نظرية التعلم، فإن هذا المنهج يمكن أن يمدنا بمصطلحات لا تصف السلوك فحسب، بل تصف أيضاً ما يطرأ عليه من تغير.

ونظريات الشخصية التي قال بها جوردن ألبورت، وريموند كاتل Raymond Cattell تمثل مناهج البحث الحديثة لسيكولوجية السمات. ويؤكد ألبورت على سمات متعددة منها السمات الفريدة أو مركبات فريدة من السمات يمكن أن تميز فرداً واحداً أو قليلاً من الأفراد. وهو يقدم لنا مثالاً لمثل هذه السمة في «الاستعراضية التي يصعب إرضاؤها». أما كاتل فهو أكثر اهتماماً بالسمات التي يشترك فيها الجميع مثل سمة التجمع. وهو يأمل باستخدام الأساليب الإحصائية (التحليلات العاملية) أن يختزل عدد السمات إلى أقل سمات وصفية مستقلة ممكنة، يمكن معها أن يحصل على تنبوءات مفيدة.

وعلى وجه العموم، تختلف السمات عن الأنماط وعن الملكات في قلة احتمال أنها تتضمن مسلمات خاصة بأصول موروثة أو جبلية. وهي تختلف في أنها تقدم لنا إمكانية وجود عدد كبير من طرق وصف تنوعات السلوك الإنساني اللانهائية بما في ذلك مفهوم تفاعل السمات الذي يزيد من إمكانية التنبؤ. ومناهج البحث التي تقتصر على وصف السمات فقط تغفل أهمية البيئة في تحديد السلوك، وتفشل بوجه خاص في تطوير مبادىء تصف هذا التفاعل، وفي التغير الذي يحدث في الشخصية والتنبؤ به. ومثل نظريات السمات هذه لا تعترف عادة بأن جميع أنواع السلوك قابلة للتنبؤ ومتسقة، بل إنها تقبل التناقض باعتبار أنه خاصية السمة الضعيفة.

منهج البحث وفقاً للتحليل النفسي

يثير مصطلح التحليل النفسي عادة خلطاً قوياً في المناقشة والجدال. وهو يشير أحياناً إلى سلسلة الملاحظات التي أبداها سيجمند فرويد Sigmund Freud وكثير من أتباعه حول الطبيعة البشرية، ويشير أحياناً إلى نظرية الشخصية

وطريقة العلاج النفسي التي أعلنها فرويد (وهي الطريقة التي سوف نستخدمها هنا). وأحياناً يشير إلى نظريات الشخصية التي تتفق مع وجهة نظر فرويد ولكنها تختلف معها أيضاً في بعض النقط، وذلك مثل نظريات ألفريد أدلر Alfred Adler، وأتورانك Otto Rank، وهاري س. سليفان Harry S. Sullivan. وعلى الرغم من أن كثيراً من الآراء التي قدمها فرويد قد عدلها في الوقت الحاضر أتباع نظرية التحليل النفسي أو رفضوها تماماً، غير أنه لا شك في أن ما قام به كان تأثيره في نظريات الشخصية الحالية أكثر مما قام به أي شخص آخر، وقد تجاوزت آراؤه حدود علم النفس إلى جميع العلوم الاجتماعية الأخرى، وإلى النظام التربوي، وإلى الممارسات العملية في تنشئة الأطفال في الحضارة الغربية.

وعلى الرغم من أنه من غير الممكن أن نصف نظرية التحليل النفسي في تفصيل كبير في هذا العرض القصير، إلا أنه ينبغي أن نتعرض للمظاهر ذات الأهمية الخاصة لفهم تقويم الشخصية والتشخيص.

ومن إسهامات فرويد الكبرى نظريته في الحتمية النفسية. وعلى النقيض من نظريات الأنماط والسمات التي تفترض أن الخصائص العامة للسلوك الإنساني عامة بين أفراد النوع، نجد أن موقف فرويد هو أن السلوك الإنساني مدفوع أو موجه للحصول على أهداف معينة. فهو يقرر أن السلوك الإنساني بأكمله، بما فيه السلوك السيكوباثولوجي (المرضي)، سلوك له معنى. وبعبارة أخرى، فقد شعر فرويد أن الأعراض التي توجد لدى الشخص الشاذ ليست مجرد إشارات لانهيار ما في الكائن الحي، كما هو الحال في أعراض الأمراض الجسمية، بل إنها ذات دلالة خاصة في ضوء أهداف الفرد ودوافعه. إن ما تكشف عنه الأعراض ليس المرض بل الصراع القائم في النفس. ولما كان فرويد قد درب كطبيب فقد شعر بالحاجة لتوكيد مصدر للطاقة ينشأ عنه السلوك الذي يسعى للوصول إلى هدفه، وقد وجد هذا المصدر في الغرائز المتأصلة فينا بيولوجياً. وقد ذهب إلى أن الفرد يبغي الحصول على اللذة فقط وتجنب الألم، وأن غرائزه الموروثة تحدد في أي وقت معين ما هو لذيذ (سار). وهو يرى ـ مثيراً بذلك ذعر الكثيرين ـ أن الغرائز الجنسية هي المصدر الأساسي للدوافع المسببة لمعظم السلوك الإنساني.

ومع فكرة الحتمية النفسية كان إسهامه العظيم الآخر هو الدافع اللاشعوري. وعلى الرغم من أن بعض السيكولوجيين والفلاسفة قد لاحظوا أن

الإنسان تدفعه في بعض الأحيان دوافع لا شعورية، إلا أن احداً منهم لم يعط هذه الفكرة المكانة التي أعطاها لها فرويد. فقد سلم بوجود عقل لا شعوري، ليس فقط كمستودع لكثير من غرائز اللذة والتدمير، بل وايضاً كمستودع للأفكار والمشاعر والرغبات التي لا يقبلها الإنسان عن ذاته، والترابطات والأفكار والرغبات التي يحاول أن ينساها أو يتحاشاها. وقد أطلق فرويد على هذه الأفكار المكبوتات. وتصور فرويد العقل على أساس هذه القوى التي تؤثر على الإنسان والتي كثيراً ما تتصارع في ذاته من أجل السيطرة. وبسبب النقد الأخلاقي القاسي الذي يوجهه المجتمع، والمحرمات والعقوبات التي تفرض على الإنسان عندما يشبع دون كف دوافعه وعدوانه، يصبح على الإنسان أن يكبت الكثير من رغباته، وإن كانت الطاقة المتضمنة في السعي وراء مثل هذا الإشباع تبقى موجودة، وقد تتسبب في صراعات داخلية عنيفة.

وللدوافع اللاشعورية قدرة على الهروب من خلال الرمزية(*) في الأحلام وفي الأعراض المرضية، وفي الخيالات، وفي أساليب أخرى. وأحياناً تتكشف هذه الدوافع بنفس الطرق التي يدافع بها الإنسان عن نفسه ضد ظهورها في العقل الشعوري ـ مثلاً عن طريق الإنكسار البالغ الشدة لدافع ما، أو بإسقاطه على الآخرين (كأن يقول مثلاً «لست أنا الغاضب ولكن الغاضب هو أنت»). وسوف نناقش بعض مظاهر التحليل النفسي في الفصل التالي المتعلق بالعلاج النفسي.

لقد أدت نتائج حركة التحليل النفسي، بتوكيدها على ميكانيزمات اللاشعور إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيداً ضخماً. فقد تضاءل معنى الأعراض، وأصبح على الإنسان أن يتجاوزها سعياً وراء الصراعات الداخلية. ولم يعد في إمكان الإنسان أن يكتشف المظاهر الهامة لدى الفرد عن طريق طرح أسئلة مباشرة. فليس من المحتمل فقط أن يرغب الفرد في إخفاء المعلومات بطريقة شعورية، بل أن منهج البحث وفقاً للتحليلي النفسي يتضمن أيضاً أن الفرد قد لا يكون واعياً بمشكلاته الخاصة. وأصبح على هذا المنهج في البحث أن يضع طرقاً دقيقة وبارعه لكي يمكنه اكتشاف هذه المشكلات.

ولقد وجهت عدة انتقادات نحو التحليل النفسي التقليدي أو الفرويدي، كما وجهت إلى الصور المستحدثة منه. ويتعلق النقد الأساسي منها بالاعتماد على

الغرائز باعتبارها مصدر الطاقة للسلوك الموجه نحو هدف ما، وكان النقد منصباً على عدم التعرض إطلاقاً لوصف قوة هذه الغرائز أو الظروف التي تتسبب فيها. وبالتالي، فهي تستخدم لتفسير ما يعقب الواقعة وليس ما يسبقها. والانتقاد العام الثاني ينصب على صعوبة قياس المفاهيم المستخدمة في التحليل النفسي. واختصاراً، من الصعب أن نحدد تحديداً موثوقاً به متى تحدث عملية ما وإلى أي مدى. ومع هذا النقص أو نتيجة له أصبح من الصعب جداً اختبار كثير من الفروض التحليلية اختباراً موضوعياً أو تجريبياً.

ومع ذلك فإن الاسهامات المتعلقة بالحتمية النفسية والدوافع اللاشعورية أصبحت مقبولة قبولاً واسعاً في التنظير الحديث للشخصية، وأدى كلا المبدأين إلى الاعتراف بإن مشكلة فهم السلوك الإنساني والتنبؤ به مشكلة معقدة أشد التعقيد، وتتطلب مهارة عالية وابداعاً كبيراً، وليس من المحتمل أن يحلها وضع عدد ضئيل من الاختبارات أو المقاييس البسيطة نسبياً.

منهج البحث وفقاً للحاجات السيكولوجية

وكنتيجة للتأثير الفرويدي بدأ كثير من واضعي نظريات الشخصية في الاعتماد أكثر فأكثر على تحليل دوافع السلوك أو اتجاهه. ومع ذلك، فإن بعض هؤلاء المنظرين (واضعي النظريات) رفضوا تأكيد فرويد على الجنس، أو الأساس الغريزي للدوافع، أو كليهما. وظهرت أيضاً محاولات قام بها السيكولوجيون الأمريكيون (بتوكيدهم على القياس) لوضع طرق لتصنيف أنواع السلوك من حيث اتجاهيتها تسمح بقياس ثابت في الوقت الذي تبقى فيه إطار التحليل النفسي. وتصنيف هنري موراي Henry Murray الذي سنصفه فيا يلي، هو أساساً من هذا النوع[1]. وبعض المحاولات الأخرى لوصف الدوافع الإنسانية، مثل محاولة و. أ. توماس W. I. Thonas التي ترجع إلى ١٩٢٣ اقتربت من المشكلة من وجهة نظر اجتماعية مع تأكيد الأهداف القوية المشتركة في الثقافة، مثل حاجات الفرد إلى المكانة الاجتماعية، والحب، والاستقلال، والقوة.

(١) *Explorations in Personality* (New York: Oxford University Press, 1938).

وجميع هؤلاء المصنفين، وكل منهم له ما يميزه عن غيره، يضعون قوائم بالمصطلحات (التي يطلق عليها الحاجات أو الدوافع) ملخصين بها أنواع السلوك. وهذه المصطلحات تختلف عن السمات في أن المفهوم العام لا يشتق من التشابه الموضوعي للمدلولات السلوكية، بالقدر الذي به يشتق من التشابه في الأهداف أو القوى المحركة وراءها. وكما حدث في قوائم السمات قامت محاولات لتجنب التداخل بين المفاهيم، ولكن تحقيق هذا كان صعباً، وعادة لم يوضع أي مبدأ للمحافظة على مستوى واحد من العمومية. ولما كانت المفاهيم تتضمن مفاهيم أخرى بصور متفاوتة، فإن أحدها قد يندرج تحت الآخر جزئياً. ولقد كان الأساس الذي استخدمه أصحاب مثل هذه النظريات غالباً لاختيار المفاهيم أو المصطلحات لتجريد الاشتراكيات من أنواع السلوك (العناصر المشتركة) هو اللجوء إلى الخبرة الحدسية أو السير على منوال التحليل النفسي في النظر إلى أنواع معينة من الدوافع الجنسية.

وقد أحل موراي الحاجات محل الغرائز التي قال بها فرويد، ولكنه احتفظ بالكثير من الفروض الأخرى الخاصة بالسلوك والتي وضعها فرويد. كما أنه أكد أن فهم السلوك ينبغي أن يتضمن تحليلاً للظروف البيئية التي أطلق عليها الضغوط. والضغط هو خاصية البيئة التي تساعد الفرد على الوصول إلى غرض معين أو تعوقه عنه.

وقد استعان موراي في ذلك بثلاثين حاجة مذكورة في القائمة التالية. وليست هذه الحاجات هي المتغيرات الوحيدة التي جاءت في نظرية موراي. وهي تمثل محاولة لوصف السلوك من حيث اتجاهاته في صورة حاجات.

التحقير	الإذعان	اللعب
الإنجاز	الاعتماد على الغير	التقدير
التملك	السيطرة	النبذ
الانتماء	الاستعراض	الاحتفاظ
العدوان	العرض	الإنعزالية
الاستقلال الذاتي	تجنب الأذى	الإحساسية
تجنب اللوم	تجنب الهوان	الجنس

الإدراك أو المعرفة	المنعة	تقبل الحماية
البناء أو التركيب	الرعاية	الإستعلاء
المضادة أو المواجهة	النظام	الفهم

ويحاول موراي بالتنظيم الذي قال به للسلوك الإنساني في صورة حاجات وضغوط أن يتلافى، على الأقل بعدم وجود عبارة صريحة، ما تنطوي عليه الغرائز. كما أنه يحاول أن يتجنب قصر معظم السلوك الموجَّه على الدوافع الجنسية الأولية. ومع ذلك فإن قائمة الحاجات التي قال بها موراي تتعرض لنواح متعددة من القصور:

١ - إن المفاهيم لم تتعرض لاختبار من ناحية العدد (الاقتصاد في عددها) أو التداخل، أو الفائدة.
٢ - إن المفاهيم لم تعرف تعريفاً دقيقاً بما يسمح بقياس موضوعي.
٣ - إنه لا يوجد هناك ما يشير إلى الظروف أو الخبرات السابقة التي توضح أسباب وجود الحاجات المختلفة أو عدم وجودها أو قوتها. ومع ذلك، فهذا المنهج قد يكون أكثر تقدماً عن سيكولوجية السمات بسعيه وراء أوجه الشبه في أنواع السلوك من حيث الدوافع المسببة لها، أكثر من أوجه الشبه التي تصل إليها عن طريق التجريد والتي تميل لأن تكون احتياطية أكثر منها مبنية على أساس متسق. كما أن هذا المنهج، يؤكد تأكيداً أكبر على صلة البيئة الوثيقة بفهم السلوك عن طريق مفهوم الضغط.

نظرية التعلم الاجتماعي(*)

وهناك منهج آخر للبحث يستخدم أيضاً الحاجات السيكولوجية، وذلك هو «نظرية التعلم الاجتماعي» التي وضعها مؤلف هذا الكتاب وزملاؤه وتلاميذه. وهي تمثل وجهة نظر في الحاجات السيكولوجية مختلفة إلى حد ما عن وجهة

(*) يرى القائلون بنظرية التعلم الاجتماعي، وعلى رأسهم جوليان ب. روتر، أن السلوك المنحرف يخضع لمبادىء التعلم الاجتماعي، ولا يحتاج إلى مبادىء أخرى لفهمه وتفسيره. وهم يرون أن السلوك المنحرف، والذي يطلق عليه آخرون السلوك المرضي، هو السلوك غير المرغوب فيه وفقاً لمجموعة من المعايير والقيم، وإنه سلوك سبق تعلمه واحتفظ به الفرد لأنه يتوقع باحتمال أكبر أن هذا السلوك يؤدي إلى تدعيم هذه القيم (أو إنه يؤدي إلى تجنب عقاب محتمل، أو إنه يقلل من احتماله). ويرون أيضاً أنه سلوك قد تعلمه الفرد في إطار اجتماعي وبالاستناد إلى الأهداف التي اكتسبت قيمة نتيجة لعلاقتها بالآخرين [المترجم]

النظر التي قال بها موراي، وتعتمد اعتماداً كبيراً على نظرية التعلم لتفسير نمو الحاجات السيكولوجية وتطورها وما يطرأ عليها من تغيرٌ. وتبعاً لنظرية التعلم الاجتماعي، يتحدد سلوك الإنسان بأهدافه. فالسلوك دائماً يتصف بالاتجاهية. فالفرد يستجيب بالسلوك الذي تعلم أنه سوف يؤدي إلى أعظم إشباع في موقف معين. وكل فرد يربط تدريجياً بعض موضوعات الأهداف والظروف الداخلية المعينة بإشباعات غير متعلمة أو موروثة. فالإرضاع، مثلاً يشبع الطفل في أول الأمر، ثم يصبح وجود الأم نفسها سبباً للسرور، وبعد ذلك قد يحاول الفرد أن يقوم بالأمور التي تحبذها الأم، وينتهي الأمر أخيراً في غياب الأم بأن يجد الفرد إشباعاً في تحقيق الأعمال التي ارتبطت في الماضي بتحبيذها. والدوافع السيكولوجية، تمييزاً لها عن إشباعات الكائن الحي غير المتعلمة أو التي تقوم على أساس بيولوجي، هي نتيجة الخبرة وليست نتيجة الغريزة.

وبالتدريج تنشأ لدى كل فرد مجموعة من الدوافع أو الحاجات المتمايزة تتراوح بين الدوافع أو الحاجات النوعية جداً والدوافع أو الحاجات العامة جداً. وكلما كانت أنماط السلوك أو الأهداف التي تتضمنها الحاجة نوعية، كلما أمكن التنبؤ بقوة أحد أنماط السلوك أو الأهداف من الأخرى. وكلما كان المفهوم عاماً أو عريضاً أو شاملاً كلما تضاءلت دقة التنبؤ بسلوك معين من سلوك آخر.

ومن وجهة النظر هذه يصبح للحاجة ثلاثة مكونات أساسية:

أحد هذه المكونات، هو مجموعة السلوك الموجهة نحو نفس الهدف (أو إلى أهداف مشابهة أو أهداف ذات صلة)؛ ومثال ذلك مجموعة السلوك التي يستخدمها الفرد ليحصل على رعاية الآخرين له. وهذا النوع من السلوك يطلق عليه إمكانيات الحاجة. ويشير المصطلح إلى قوة إمكانية الحاجات، أي ترجيح عملها في مواقف معينة ومحددة.

والمكوّن الرئيسي الثاني، هو التوقعات بأن أنواعاً معينة من السلوك سوف تؤدي إلى إشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد. فقد يحدث أن يكون الفرد قد تعلم طرقاً كثيرة للحصول على رعاية الآخرين له كطفل، ولكنه في الوقت الحاضر قد يكون توقعه بأنها سوف تؤدي إلى أية إشباعات ضئيلاً. فالبكاء مثلاً، قد يؤدي إلى حصول الخضين على الرعاية والمساعدة، ولكن طفل العاشرة أو الثانية عشرة قد يجد نفسه عندما يستخدم نفس الأسلوب منبوذاً من والده على

اعتبار أنه يتصرف كالبنات. والمستوى المتوسط للتوقعات بأن أنواع السلوك التي تعلم الإنسان أن يعتمد عليها لتحقيق إشباعات معينة سوف تؤدي بالفعل إلى هذه الإشباعات يطلق عليه حرية الحركة.

والمكون العام الثالث للحاجات، هو القيمة (قيمة الحاجة) المرتبطة بالأهداف نفسها - أي الدرجة التي يفضل بها فرد ما مجموعة من الإشباعات على مجموعة أخرى. فمثلاً، إذا اتيحت الفرصة نفسها للحصول على إشباعين، فإن فرداً ما يفضل أن يقوم بشيء يؤدي إلى إعجاب الآخرين به (الحاجة إلى الاعتراف)، في حين يفضل فرد آخر أن يقوم بشيء يؤدي إلى حب الآخرين له (الحاجة إلى الحب والعطف).

والقيمة التي تعطيها هذه النظرية لموقف الفرد السيكولوجي، سواء في فهم السلوك أو التنبؤ به، مظهر رئيسي آخر لنظرية التعلم الاجتماعي. فعلى خلاف منهج البحث وفقاً للسمات أو الملكات، أو أي منهج بحث آخر في الشخصية يؤكد بقوة على الحالات الداخلية، فإن هذه النظرية، بسبب اعتمادها على المسلمات الأساسية لنظرية التعلم، تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة أن بعض الإشباعات أكثر احتمالاً من غيرها في بعض المواقف. ولا توجد الفروق الفردية في قوة الحاجات المختلفة فقط، وإنما تظهر أيضاً في الطريقة التي يدرك بها نفس الموقف. فردّ فعل شخص ما للمواقف المختلفة يعتمد على خبرته السابقة التي تكوِّن، لذلك، ناحية هامة للفروق الفردية. فالموقف السيكولوجي يمد الفرد بأدلة لتوقعاته بأن سلوكه سوف يؤدي إلى النتائج المرغوب فيها.

وإذا ما وضع فرد ما قيمة عالية على بعض الأهداف مثل الرغبة في الاعتراف به، أو في أن ينال الرعاية، فإن توقعاته قد تكون منخفضة بالنسبة لتحقيق هذه الأهداف. إذ ربما يكون قد تعلم أن يتوقع العقاب أو الفشل أو النبذ عندما يحاول أن يحقق هذه الرغبات (ومثل ذلك الطفل الذي يحصل باستمرار على درجات ضعيفة أو درجات رسوب في المدرسة). وعندما يحدث ذلك فإن الشخص يتعلم عادة أنواعاً أخرى من السلوك ليتفادى العقوبات نفسها. فهو أحياناً يحاول أن يحصل على الإشباعات بطرق غير واقعية(*) مثل الاستغراق في أحلام اليقظة، أو بالأساليب الرمزية التي تمثل له، وليس لأحد

غيره، الحصول على الإشباع. وتجنب هذه الأنواع من السلوك أو القيام بأنواع غير واقعية من السلوك أمور متعلمة وتكوّن ما ينظر إليه عادة على أنه أعراض للسلوك غير السوي. فالسلوك غير السوي، من وجهة النظر هذه، ليس مرضاً أو اضطراباً أو انهياراً، بل محاولة ذات معنى لتجنب عقوبات معينة، أو للحصول على إشباعات معينة على مستوى غير واقعي.

وعلى سبيل التوضيح نورد ستاً من الحاجات العريضة التي تتضمن معظم السلوك السيكولوجي المتعلم مع تعاريفها. والواقع أن هذه المفاهيم متسعة بحيث لا تسمح لنا إلا بشيء قليل من التنبوء، أما المفاهيم الضيقة فهي أفيد على وجه العموم. فمثلاً، إن حاجة الفرد إلى المركز وإلى أن يعترف به يمكن أن تحلل إلى مستويات أكثر خصوصية من النشاط الاجتماعي، أو الأنشطة المهنية أو العقلية، أو المهارات الجسمية والرياضية.

١ ـ الحاجة إلى الاعتراف والمكانة: حاجة الفرد إلى أن يتفوق، وأن يعتبر كفئاً، مثل الآخرين أو أفضل منهم في المدرسة، أو العمل أو المهنة، أو النشاط الرياضي، أو المكانة الاجتماعية، أو الجاذبية الجسمية، أو اللعب؛ أي الحاجة إلى أن يحصل الفرد على مكانة عالية على مقياس تنافسي ذي قيمة اجتماعياً.

٢ ـ الحاجة إلى السيطرة: حاجة الفرد إلى التحكم في أعمال الآخرين، بما في ذلك الأسرة والأصدقاء، وأن يكون الفرد في مركز القوة، وأن يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة.

٣ ـ الحاجة إلى الاستقلال: حاجة الفرد إلى أن يتخذ قراراته، وأن يعتمد على نفسه، وأن يطور المهارة اللازمة للحصول على الإشباع، وأن يصل إلى الأهداف دون مساعدة الآخرين.

٤ ـ الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين ورعايتهم: حاجة الفرد إلى فرد آخر أو أفراد آخرين يقُونه من الإحباط، ويوفرون له الحماية والأمن، ويساعدونه على الحصول على الأهداف الأخرى المرغوبة.

٥ ـ الحاجة إلى الحب والعطف: حاجة الفرد إلى تقبل الآخرين وحبهم، وأن يحظى باحترامهم وانتباههم واهتمامهم وإخلاصهم.

٦ ـ الحاجة إلى الراحة الجسمية: حاجة الفرد إلى الإشباعات الجسمية التي ارتبطت بالأمن والعافية، وتجنب الألم، والرغبة في الملذات الجسمية.

واختصاراً، إن إمكانية حدوث سلوك ما، أو مجموعة من أنواع السلوك في موقف معين، تعتمد على توقعات الفرد بأن السلوك سوف يؤدي إلى هدف أو إشباع معين، وعلى قيمة الإشباع بالنسبة له، وعلى القوة النسبية لإمكانيات السلوك الأخرى في نفس الموقف. ومن المفروض أن الفرد غالباً لا يكون مدركاً لأهداف (أو معاني) سلوكه ولتوقعات تحقيق هذه الأهداف.

ومن الممكن أن نرى أن فهم السلوك الإنساني في المواقف الاجتماعية المعقدة في منتهى الصعوبة، فهو يحتاج إلى دراسات عميقة ومعلومات عدة. وتنطوي نظرية التعلم الاجتماعي على أمر ذي أهمية خاصة بالنسبة لعملية تقويم الشخصية وهو أن موقف الاختبار نفسه ذو تأثير على السلوك، وهو أمر ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار قبل القيام بالتنبوء من الاختبار إلى أنواع أخرى من المواقف.

وترى نظرية التعلم الاجتماعي أنه لا ينبغي تقويم سلوك الفرد (إمكانية الحاجة) في التشخيص فقط، بل علينا أن نقوِّم توقعاته والقيم التي يضعها للأهداف المختلفة. ومن المهم أن نعرف كيف تتغير هذه التوقعات من موقف لآخر، وكيف أن الحصول على مجموعة من الإشباعات يتعارض مع إشباعات أخرى. وأخيراً من الهام لأهداف العلاج النفسي في أحيان كثيرة، أن نعرف كيف اكتسبت التوقعات والقيم لكي نعرف كيف نغيرها بأفضل الطرق. والحالات الثلاثة (التي سبق عرضها) للمراهقين الثلاثة الذين سرقوا من مدرسيهم، قد عرضت من وجهة نظر التعلم الاجتماعي وسوف تساعد في توضيح وجهة النظر هذه.

وقد قدم لنا البحث الذي قام به ريتشار جيسور Richard Jessor وشبرد ليفراند Shephard Liverant، وسيمور أبوشنسكي Seymour Opochinsky[1] تطبيقاً تجريبياً لهذه الحاجات العريضة، فقد طبق هؤلاء السيكولوجيون اختباراً للاختيار الإجباري يطلق عليه اختبار (قائمة) تفضيل الأهداف، وضعه ليفراند، على أربع مجموعات من طلبة الكليات والمدارس الثانوية. وفيما بعد طبق اختبار روتر لتكميل الجمل، وهو مقياس للتوافق الشخصي، على أفراد العينة. وفي كل

(1) Richard Jessor, Shephard Liverant, and Seymour Opochinsky, «Imbalance in Need Structure and maladjustment,» *Journal of Abnomal and Social Psychology*, 66 (1963): 271 — 75

مجموعة حصل الباحثون على درجات لأفراد العينة لحاجاتهم المعلنة لاعتراف الآخرين لهم، وحاجاتهم المعلنة للحب والعطف. وقارنوا بين درجات التوافق للأفراد الذين كانت حاجاتهم متوازنة (كلا النوعين من الحاجات قريبة من المتوسط) وبين درجات التوافق للأفراد الذين لم تكن حاجاتهم متوازنة إلى درجة كبيرة. وكانت مجموعتا التوازن مُكَوَّنَتَيْن من الأفراد الذين كانت درجاتهم في الحاجة إلى اعتراف الآخرين بهم عالية جداً على حساب درجات حاجتهم إلى الحب والود، أو الذين كانت درجاتهم في الحاجة إلى الحب والود عالية جداً على حساب حاجتهم إلى اعتراف الآخرين بهم. وهذه النتائج أيدت بقوة الفرض الذي وضعوه وهو أن عدم التوازن بين هاتين الحاجتين العريضتين الهامتين كان مرتبطاً بسوء التوافق في مجتمعنا بصرف النظر عن الحاجة التي كانت أعلى من الأخرى.

وفي نظرية التعلم الاجتماعي ليست الحاجات هي المؤشر الوحيد الهام في الفروق الفردية. فقد يختلف الأفراد في اتجاهاتهم نحو الأفراد المختلفين (الاتجاهات الاجتماعية)، وفي طرق استجابتهم للتدعيم القوي، أو في توقعهم للتدعيم القوي (السلوك الانفعالي) وفي الطرق التي يقتربون بها من مختلف المواقف المتشابهة من وجهة نظر حل المشكلات. وهذا المفهوم الأخير يطلق عليه التوقع المعمم في نظرية التعلم الاجتماعي. وقد أطلق هاري هارلو Harry Harlow على مفهوم مشابه، يتعلق فقط بالأعمال العقلية، مهارات التعلم العالية. ولكننا نواجه مراراً وتكراراً بنفس المشكلة، سواء في المواقف الاجتماعية أو في الأعمال العقلية. فمدى اعتقاد الفرد أنه يستطيع أن يسيطر على ما يحدث له، مثلاً، يمكن أن نشير إليه على أنه اعتقاد في السيطرة الداخلية على التدعيم. والاعتقاد بسيطرة الحظ، أو القدر، أو الآخرين الأقوياء عليه، يمكن أن نشير إليه على أنه اعتقاد السيطرة الخارجية على التدعيم. مثل هذه التوقعات المعممة قد تكون لها عواقب هامة في كيف يستجيب الفرد لأساليب العلاج المختلفة، وكيف يستجيب إلى فترات الضغط الممتدة، وغير ذلك من السلوك الاجتماعي.

النبط المستخدم بين الناس توقع آخر معمم، فثمة أدلة على أنه توجد فروق معممة في الدرجة التي يثق فيها الإنسان في غيره وشعوره بأنه يمكنه الاعتماد عليهم في ذكر الحقيقة. فمثل هذه الفروق يمكن أن تؤثر على استجاباتهم نحو المدرسة،

والعلاج النفسي، والزواج، وتقريباً جميع أنواع التفاعل الاجتماعي. وقد وضع المؤلف مقياساً لهذه الثقة في الآخرين استخدم في عدد من الدراسات التجريبية في الثقة بين الناس. وقد حاول هارفي كاتز Harvey Katz والمؤلف في بحث لهما أن يحددا أثر اتجاهات الوالدين في ثقة الأبناء. وفي سبيل هذا الغرض اختار كاتز وروتر «١٠٠» ذكر و «١٠٠» أنثى من طلبة الكليات المقيمين في المساكن الخاصة بهذه الكليات، والذين أجرى عليهم هذا المقياس قبل عام والذين كانوا أعلى من متوسط الطلبة أو أقل من المتوسط في مقياس الثقة. وأرسل القائمون بالتجربة مقياس الثقة مباشرة إلى آباء وأمهات الطلبة راغبين منهم أن يجيبوا عنه وأن يرسلوا ردودهم قبل نهاية عطلة آخر الأسبوع (قبل أن يعود أبناؤهم إلى منازلهم). وطلب من الآباء والأمهات أن يجيبوا على هذه المقاييس كل على انفراد. وقد استجاب منهم ٧٦٪ وهي نسبة عالية جداً بالنسبة لمثل هذه الدراسات. وقد عرضت درجات الوالدين في الجدول رقم ٣.

جدول ٣ ـ درجات الثقة لآباء طلبة الكليات وأمهاتهم

	العدد	المتوسط
	درجات الآباء في الثقة	
الذكور الأعلى في الثقة	٢٧	٧٩,٦
الذكور الأدنى في الثقة	٢٩	٦٩,٤
الإناث الأعلى في الثقة	٢٨	٧٣,٨
الإناث الأدنى في الثقة	٣٥	٧٢,٢
	درجات الأمهات في الثقة	
الذكور الأعلى في الثقة	٣٠	٧٧,٦
الذكور الأدنى في الثقة	٣٢	٧٣,٨
الإناث الأعلى في الثقة	٣٣	٧٦,٧
الإناث الأدنى في الثقة	٣٨	٧٣,٩

From Harvey A. Katz and Julian B. Rotter «Interpersonal Trust Scoes of College Students and their Parents», *Child Development 40* (1969): 657 - 61, by permission.

يبين العمود الخاص بالمتوسطات في الجدول رقم ٣ أنه في كل حالة كان آباء وأمهات الطلبة الأعلى في الثقة، أعلى هم أنفسهم في الثقة من آباء وأمهات الطلبة الأدنى في الثقة، على الرغم من ضآلة بعض الفروق. وكانت الفروق الكبرى والأكثر دلالة هي الفروق بين الآباء والأبناء، على نقيض التنبؤ الذي كان يمكن أن يذكره معظم السيكولوجيين الذين يميلون إلى التحليل النفسي والذين كان من الممكن أن يتوقعوا دوراً أكبر للأمهات.

ويبدو أن الآباء والأمهات يلعبون أدواراً مختلفة في تنمية الثقة في الآخرين لدى أبنائهم. إذ يبدو أن الآباء يلعبون دوراً أكثر تأثيراً نحو الأبناء، ولكن يبدو أنهم أقل تأثيراً في بناتهم. أما الأمهات فيبدو أن تأثيرهن ضئيل ومتساو على الأبناء والبنات معاً.

ولا ينبغي أن يثير العجب هذا الدور الهام جداً الذي يقوم به الآباء في التأثير على اتجاهات أبنائهم نحو الثقة في الآخرين. فالمتغير الذي يقيسه هذا المقياس يشير إلى توقعات الثقة نحو الجماعات الممثلة للمجتمع والذين يتصل بهم الفرد خارج نطاق الأسرة في معظم الحالات. ولما كان الأب هو عادة عامل الاتصال الرئيسي بين الأسرة والجماعات الخارجية، وهو الأكثر انشغالاً بتدريب الأبناء عن البنات، فإننا نتوقع أن يكون تأثيره على ابنه أعظم.

وتوحي هذه الدراسة بأهمية التعلم المباشر وأهمية الوالدين كنماذج في نمو الاتجاهات الأساسية للأطفال وتطويرها.

أساليب تقويم الشخصية

لا يشترك جميع السيكولوجيين الإكلينيكيين في مجموعة واحدة من المفاهيم كما يظهر لنا من الجزء السابق. فأنواع المعلومات، وأنواع الاختبارات التي يستخدمها سيكولوجي إكلينيكي معين لفهم الشخصية تعتمد على اتجاهه النظري. والمشكلة على أية حال بالغة التعقيد، والدراسة التي أخذت على عاتقها فهم سلوك الأفراد، والتنبؤ بسلوكهم في المواقف التي تحدث في المستقبل لم تبدأ في تحقيق مكانة علمية لها إلا حديثاً. ومن الطبيعي أن تبذل مجهودات متواصلة لزيادة موضوعية طرق التقويم ودقتها، ولكن نظراً لهذه الصعوبة الأساسية فإن التقدم بطيء.

وسوف نصف باختصار الطرق التي يستخدمها السيكولوجيون الإكلينيكيون تحت العناوين الآتية: المقابلة، الاستخبار، الأساليب الإسقاطية، طرق الملاحظة، الأساليب السلوكية. وسوف نصف هذه الطرق بصورة عامة مع أمثلة مختصرة لأدوات معينة[1].

المقابلة

لا يعتمد الإكلينيكيون في دراسة الحالة، على أية طريقة في الحصول على معلومات عن الفرد بالقدر الذي يعتمدون فيه على المقابلة. وربما اعتمدت قيمة المقابلة على خبرة الإكلينيكي ومهارته أكثر من اعتماد أي إجراء تقويمي آخر عليها. إن القدرة على كسب ثقة المريض، وجعله يشعر بالارتياح، وتقليل دفاعه أو خوفه من النقد بحيث يتكلم عن مشكلاته بأكبر قدر ممكن من الصراحة، وكذلك القدرة على ملاحظة وتقويم جميع أساليب سلوك المريض هي من المهارات الضرورية للإكلينيكي. وبالاضافة إلى ذلك، فمن بين المهارات الأساسية للإكلينيكي البارع معرفته بالموجهات التي يتبعها، وكيف يقترب من المريض بطريقة غير مباشرة عندما يقاوم المريض أية أسئلة مباشرة موجهة إليه، وأخيراً كيف يقوِّم المعلومات التي توصل إليها. وفي أثناء المقابلة يقوم الإكلينيكي عادة بوضع فروضه التي قد يتبعها فيما بعد باختبارات خاصة. وتستخدم هذه الطريقة للحصول على تاريخ الحالة للمريض وهو «الأسمنت» الذي يجمِّع مصادر المعلومات المتعددة ليكون منها صورة متماسكة للشخص.

والإكلينيكي لا يستخدم فقط المعلومات التي يحصل عليها مباشرة من المريض، بل يستخدم كذلك المعلومات التي يحصل عليها من ملاحظة المريض بوجه عام، وحديثه وخصائص سلوكه، ولبسه، ومظهره، وتعاونه. ولا يقتصر الإكلينيكي على الإجابات أو العبارات المباشرة للمريض. فبينما يقول المريض شيئاً، قد تشير تعبيرات وجهه وحركات جسمه ونبرات صوته للإكلينيكي إلى أن الصحيح هو العكس بالضبط. وعلى الرغم من أن المريض قد ينكر أنه يعادي

---

(١) كثير من قراء هذا الكتاب قد يطلب منهم أن تجري عليهم بعض اختبارات الشخصية لأغراض تجريبية أو لغير ذلك من الأسباب، ولهذا سوف نصف الاختبارات في أوجز تفصيل ممكن حتى يمكن للقارىء أن يستخدم كمفحوص غير متحيز.

أياً من أعضاء أسرته، إلا أن التوجيهات الدقيقة للقائم بالمقابلة، وملاحظته الدقيقة لجميع أساليب سلوك المريض أثناء تحدثه عن أفراد أسرته قد يكشفان أنه غاضب على واحد أو أكثر من أقربائه.

وأسلوب المقابلة يمكن أن يقسم إلى ثلاث طرائق عريضة. الطريقة الأولى هي المقابلة الحرة. وفي هذه المقابلة يتكلم الإخصائي أقل قدر ممكن، فهو يسأل فقط أسئلة يفتتح بها الكلام أو يوجهه مثل «هل تستطيع أن تقول لي شيئاً عن أسرتك؟» أو «هل تستطيع أن تذكر لي لماذا أتيت إلى العيادة؟» وبمجرد أن يبدأ المريض في الكلام يحثه الإكلينيكي على الكلام بأن يومىء برأسه علامة الموافقة ـ قائلاً «هيه» وأحياناً بقوله «هل تستطيع أن تذكر لي شيئاً أكثر عن هذا الموضوع؟» وهذا الأسلوب أقل تهديداً أو تسبباً في اضطراب المريض من الأسئلة المباشرة والمحددة، ويسمح للقائم بالمقابلة أن يرى في يسر ما هو مهم بالنسبة للمريض. ومع ذلك، فإن الأمر يتطلب وقتاً طويلاً قبل أن يذكر المريض بعض المعلومات الهامة من تلقاء نفسه.

أما المقابلة الموجَّهة، وهي الطريقة الثانية، فإن القائم بالمقابلة يدرك أنه يريد أن يغطي بعض المعلومات وهو يقوم بتوجيه أسئلة مباشرة كثيرة. وبدلاً من أن يستخدم الأسئلة الموجَّهة العامة مثل «هل تستطيع أن تذكر لي شيئاً عن طفولتك؟ فإنه يسأل المريض بنوع خاص عن الأمراض التي أصابته في طفولته، ومن هم الأطفال الآخرون في الأسرة، ومن كان منهم مفضلاً من الأب، وكيف كانت شخصية أمه، أو شخصية أبيه. وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تقدم معلومات أكثر من الطريقة الحرة وتسمح بتغطية عدد من المجالات الهامة، إلا أنها قد تكون أكثر إقلاقاً للمريض وقد تؤدي به إلى أن يكون أكثر حذراً. وقد يشعر المريض أيضاً بأن دوره هو مجرد الإجابة عن الأسئلة التي توجه إليه، وبالتالي يهمل الكلام عن بعض الموضوعات المؤلمة، والتي يشعر أنها هامة، ولكن القائم بالمقابلة لا يلمسها بأسئلته المباشرة.

أما الطريقة الثالثة فهي التي يطلق عليها المقابلة المحدَّدة. وهنا يضع القائم بالمقابلة شروطاً (ظروفاً) مقننة لجميع الذين يقوم بمقابلتهم، فعليه أن يسأل نفس الأسئلة، بنفس النظام عامة، وأن يستخدم إجراء مقنناً بشأن أسئلة التتبع. ويستخدم السيكولوجي المقابلة المحددة، وعلى وجه عام، عندما يرغب

في الحصول على تقدير أو درجة رقمية لتقويم خاصية معينة. وعلى الرغم من أن المقابلة المحددة تستخدم أحياناً في العمل الإكلينيكي مع المرضى إلا أنها تستخدم أساساً في أغراض البحث.

ومن الممكن أن تجتمع الطرائق الثلاث جميعاً في مقابلة واحدة مع مريض واحد. فيبدأ القائم بالمقابلة بالطريقة الحرة بقدر ما، ويستكمل معلوماته بأسئلة مباشرة بدرجة أكبر، وقد يضمنها مقابلة محددة لقياس متغير معين في نهاية مقابلته الإكلينيكية. وعلى الرغم من صعوبة تصور الحصول على صورة متكاملة للفرد، تتضمن العلاقة بين خبرته الماضية وسلوكه الحالي دون القيام بالمقابلة، إلا أن المشكلة الكبرى في هذا الأسلوب هي في عدم وجود طريقة موضوعية لتقويم المعلومات التي نحصل عليها. فالمقابلة تمد الاكلينيكي بالعديد من الفروض، وإن كان بعضها يعكس انحيازاته الخاصة، أو يقوم على حدس لا يعتمد على معلومات كافية. وعلى ذلك، ينبغي أن تأخذ الأحكام المستخلصة من المقابلة بالحذر. ومعظم السيكولوجيين يفضلون أن يستكملوا المقابلات التي تفسر على أساس ذاتي باختبارات أخرى موضوعية.

الاستخبار

لعب الاستخبار دوراً بارزاً في المحاولات الأولى لقياس الشخصية في الولايات المتحدة. فكان المفحوص يواجه عادة سلسلة من العبارات ويطلب منه أن يبين ما إذا كانت العبارات صحيحة أو غير صحيحة بالنسبة له، أو ما إذا كان لا يستطيع أن يقرر أو يعرف ذلك. وفي بعض الأحيان كان يسأل عما إذا كان يوافق أو لا يوافق على العبارة، أو إلى أي مدى يوافق أو لا يوافق عليها. وكانت هذه الموافقة تحدد عادة بأن يوضح علامة على مقياس تقديري كالمبين فيما بعد. وفي أنواع أخرى من الاستخبار كان على المفحوص أن يقرر أي العبارتين البديلتين أكثر صحة بالنسبة له. وهذه هي الطريقة التي يطلق عليها طريقة الاختيار الإجباري، وكانت الاختبارات ترتب عادة بحيث تكون العبارات إيجابية أو سلبية بالتساوي، ونتيجة لذلك لا يمكن للمفحوص أن يتفادى أن يصف نفسه بعبارات سلبية. ولقد وضحت هذه الأنواع فيما يلي ومن السهل التعرف عليها. وهذه الأمثلة وضعت لغرض التوضيح ولم تؤخذ من أي استخبار معين.

استخبارات الصحيح والخطأ

ضع دائرة حول كلمة «صحيح» إذا كانت العبارة التالية صادقة بالنسبة لك، وضع دائرة حول كلمة «خطأ» إذا كانت غير صحيحة بالنسبة لك، وضع دائرة حول علامة الاستفهام «؟» إذا كنت لا تعلم هل هي صحيحة أم لا أو لا تستطيع أن تقرر ذلك.

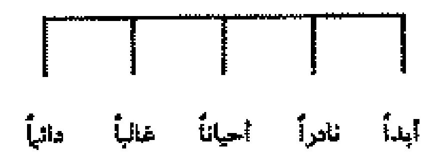
؟صحيح خطأ ١ ـ غالباً ما أصاب بالصداع إذا تسبب أمر في إقلاقي.

؟ صحيح خطأ ٢ ـ عادة أتأثر تأثراً شديداً بآراء الآخرين قبل أن اتخذ قرارات هامة.

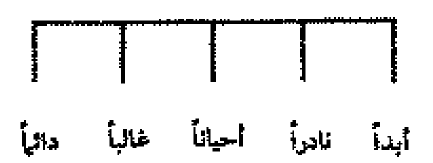
مقياس الموافقة

ضع علامة « ✓ » على المقياس بعد كل عبارة لتبين درجة صحة العبارة بالنسبة لك.

١ ـ أصاب بالصداع إذا تسبب أمر ما في إقلاقي:



٢ ـ أتأثر تأثراً شديداً بآراء الآخرين عندما يتعين عليَّ أن اتخذ قرارات هامة:



استخبارات الاختيار الإجباري

أرجو أن تضع علامة « ✓ » أمام عبارة واحدة من كل زوج من العبارات الآتية، وهي العبارة التي تعتبرها صحيحة أكثر من الأخرى بالنسبة لك، ويجب أن تضع العلامة أمام عبارة واحدة فقط من كل زوج من العبارات:

١ ـ (أ) من المحتمل جداً أن أصاب بصداع إذا ما تسبب أمر ما في إقلاقي.
(ب) من المحتمل جداً أن أثور بشدة إذا ما تسبب أمر في إقلاقي.

٢ ـ (أ) عندما اتخذ قراراً هاماً فإنني أعتمد غالباً على نصيحة الآخرين.
(ب) غالباً ما اتخذ قراراتي باندفاع عندما يتعين علي أن أتخذ قرارات هامة.

ويعتبر اختبار منسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (اختبار الشخصية المتعدد الأوجـه) Minnesota Multipbasic Personlity Inventory, (M M P I) أوسـع الاختبارات استخداماً للأغراض الإكلينيكية مع المراهقين والراشدين. ويتضمن هذا الاختبار عدداً كبيراً جداً من بنود الصح والخطأ (٥٥٠ بنداً) ويتطلب من المفحوص للإجابة عليه ما بين ٤٥ دقيقة إلى ساعتين، ويصحح عادة على أساس درجـة المقابلة بـين استجابـات الفرد للبنـود واستجابـات المرضى الـذين تم تشخيصهم في فئـات مختلفـة مثـل الفصـاميين، والاكتئـابيـين الهـوسيـين، والسيكوباتيين، والفئات المختلفة من العصابيين. وبعبارة أخرى، وضع هذا الاختبار على أساس التخطيط التشخيصي السيكياتري الذي سبق أن تحدثنا عنه آنفاً. ومع ذلك، فقد وضعت له مقاييس أخرى لأغراض أخرى. فقد وضعت طريقتان خاصّتان في التصحيح بقصد محاولة تـوفير معلومـات عما إذا كـان المفحوص يحاول قاصداً أن يموّه استجاباته، وكذلك لقياس مدى محاولته شعورياً أو لا شعورياً عدم الكشف عن مرضه النفسي للمختبر، ويحاول مقياس ثالث أن يقيس مدى تعاون المفحوص في اتباع التعليمات التي يتطلبها الاختبار.

وللاستخبارات بوجه عام مميزات عدة: (١) إن من السهل تصحيحها وتحتاج إلى وقت قصير من المفحوص لإجرائها. (٢) إن الدرجات موضوعية ولا مجال لأن تتدخل انحيازات المختبر أو تشويهاته في عملية التصحيح. (٣) إن الاستخبارات يمكن أن تعطى لعدة أفراد في وقت واحد، يمكن أن يقوم بتصحيحها غير المتخصصين. أي إنها بعبارة أخرى اقتصادية، وبالتالي فهي تستخدم لأغراض المسح (أي إنها تستخدم عندما يستلزم الأمر اختيار الأفراد الذين يقعون على نحو ما في الحدود القصوى للمجموعة). ولهذا السبب استخدمت هذه الاستخبارات في الحربين العالميتين الأولى والثانية كاستخبارات مسح للكشف عن سوء التوافق أو الاضطراب السيكولوجي، كما أنها تستخدم أيضاً في المدارس والكليات لنفس الغرض.

ولكن هذه الاستخبارات إذا ما استخدمت في سبيل الأغراض الإكلينيكية

الفردية فإنها تعاني من نواحي قصور متعددة: من أهمها، أن المفحوص قد يحرف شعورياً أو لا شعورياً، إجاباته لأسباب معينة. وثانياً، إن الدرجات التي يحصل عليها المفحوص قد لا تمدنا إلا بمعلومات ضئيلة نسبياً. فإذا ما دخل الفرد عيادة أو مستشفى كمريض فإن سوء توافقه أو اضطرابه اضطراباً شديداً ليس بالأمر الجديد علينا. وثالثاً، إن هذه الأدوات تتجه عادة نحو أسئلة معينة لها دلالة بالنسبة لمعظم الناس، ولكنها بالنسبة لمريض معين قد لا تكون لها صلة بمشكلته، وبعبارة أخرى لا تعطي المريض الفرصة لأن يصف أو أن يستجيب لما هو هام بالنسبة له. ففي الوقت الذي لا يقدم فيه أية إشارة تدل على الاضطراب في إجابته على الأسئلة التي يتضمنها الاختبار، فقد يكون مضطرباً تماماً فيما يتعلق ببعض المشكلات التي لا يتضمنها الاختبار.

وغالباً ما يستخدم هذا النوع من الوسائل مرتبطاً بمنهج البحث وفقاً لنظريات السمات أو المرض باعتباره وحدة مستقلة بذاتها، وأما احتمال استخدامه إذا كان الإكلينيكي يسعى وراء معلومات تتعلق «بالديناميات» أو دوافع السلوك (أو الأساس الواقعي وراء السلوك) فإنه ضئيل. وبعض الاستخبارات الجديدة، مثل الاستخبار الذي وضعه د. كراون D . Crowne مارلو D. Marlowe[1]، فلا تعتمد على افتراض دقة المفحوص في رؤيته عن نفسه، ولكنها تقيس دوافع أكثر خفاء. وهذا النوع من الاستخبارات يتضمن بنوداً خاصة من غير المحتمل أن تصدق على أي فرد، ويمكن للإكلينيكي أن يخرج باستنتاجات تتعلق بقوة دوافع معيَّنة على أساس موافقة المفحوص لهذه البنود. ومن أمثلة هذه البنود البند التالي: «لا أشعر إطلاقا بالغضب مهما كانت المعاملة التي ألقاها غير عادلة».

وقد قدم لنا وليم بيبر William Piper مثالاً يوضح استخدام أسلوب الاستخبار البسيط في القياس. فقد حاول المعالجون النفسيون لمدة طويلة الوصول إلى طريقة للتنبُّؤ بالمرضى الذين سوف يتابعون العلاج حتى نهايته،

---

(١) «A New Scale of social Desirability Independent of Psychopathology». *Journal of Consulting Psychology 24;* (1960 349 - 54.

بعد جلسة أو جلستين من الجلسات العلاجية وقبل أن تظهر لهم أية فائدة من العلاج. وهذا التنبؤ هام بوجه خاص لأن عيادات الكليات والعيادات العامة تواجه قوائم انتظار طويلة، ومن المهم ألا نضيع وقتاً طويلاً من الوقت المحدد المتاح للمعالجين القائمين بالعلاج مع المرضى الذين تنقصهم دوافع الاستمرار فيه دون الحصول على فائدة ما. وقد استخدم بيبر ـ آخذاً بنظرية التعلم الاجتماعي كأساس لتفكيره ـ صورة مراجعة من قائمة موني للمشكلات Mooney Problem Check List. فقد سأل طلبة الكليات الذين يطلبون العلاج النفسي في عيادة للصحة النفسية أن يضعوا علامات أمام المشكلات والأعراض السيكولوجية المتعددة التي يشكون منها إذا ما كانت هذه المشكلات والأعراض تضايقهم. وطلب من المفحوصين، لا أن يضعوا علامة أمام هذه المشكلات بحسب، بل أن يضعوا تقديراً لكل مشكلة من حيث توقعهم أو عدم توقعهم بأن العلاج النفسي سوف يساعدهم على التغلب على هذه المشكلة، وأن يقدروا مدى أهمية الحصول على مساعدة للتغلب على كل مشكلة. وقد استخدم متوسط تقديرات توقعات المساعدة، ومتوسط تقديرات أهمية حل المشكلات، كمقياسين لحرية الحركة وقيمة الحاجة. وهذان المتغيران، كما نتذكر، هما المحددان الرئيسيان للسلوك الموجه نحو هدف في نظرية التعلم الاجتماعي.

وقد قارن بيبر المفحوصين الذين أنهوا العلاج في أقل من أربع جلسات (بدون الاستفادة وفقاً لتقديرات معالجيهم) بالمفحوصين الذين استمروا في العلاج لثماني جلسات على الأقل، متنبئاً بأن الذين حصلوا على تقديرات عالية في هذين المتغيرين هم الذين يستمرون في العلاج (المستمرون)، وأن الذين يحصلون على تقديرات منخفضة هم الذين ينقطعون عنه (المنقطعون)، والجدول رقم ٤ يوضح مدى نجاح تنبؤه.

ومن الممكن أن نلاحظ أن المنقطعين من بين المجموعة التي كان يُتوقع منها عدد ضئيل من المنقطعين، وهي مجموعة التوقعات العالية، وقيم التدعيم العالية كانوا اثنين من خمسة عشر فرداً، وأن المستمرين من بين المجموعة التي كان يُتوقع منها عدد ضئيل من المستمرين، وهي مجموعة التوقعات المنخفضة وقيم التدعيم المنخفضة، كانوا ثلاثة من بين ثلاثة عشر فرداً. ومن الطبيعي أنه

لا يمكن تعميم نجاح هذا الأسلوب البسيط في التقدير الذاتي على جميع الأساليب المماثلة، ومع ذلك فهو يوضح أنه إذا ما وضعت مثل هذه الأساليب لأهداف خاصة لتستخدم في مواقف خاصة فإنها تكون ذات فائدة كبيرة حقاً.

جدول ٤ ـ المستمرون في العلاج النفسي والمنقطعون عنه ممن حصلوا على تقديرات عالية ومنخفضة في التوقعات وقيم التدعيم.

المجموعة	العدد الكلي للمرضى	عدد المستمرين ونسبتهم المئوية	عدد المنقطعين ونسبتهم المئوية
التوقعات العالية وقيم التدعيم العالية	١٥	١٣ (٨٧٪)	٢ (١٣٪)
التوقعات العالية وقيم التدعيم المنخفضة	٥	٢ (٤٠٪)	٣ (٦٠٪)
التوقعات المنخفضة وقيم التدعيم العالية	٧	٣ (٤٣٪)	٤ (٥٧٪)
التوقعات المنخفضة وقيم التدعيم المنخفضة	١٣	٣ (٢٣٪)	١٠ (٧٧٪)

From William E. Piper «The Relation of Expectancy to Several Variables Related to Psychotherapy» Master's Thesis, University of Connecticut, 1969, by permission.

الأساليب الإسقاطية

وكنتيجة لمحاولة تفادي قصور التقرير الذاتي من ناحية، ولمحاولة الوصول إلى الدوافع اللاشعورية بدلاً من السمات السطحية والاتجاهات من ناحية أخرى، انتشر نوع جديد نسبياً من وسائل التقويم الإكلينيكي. هذه الوسائل هي ما يطلق عليه بوجه عام الأساليب الإسقاطية أكثر مما يطلق عليها الاختبارات الإسقاطية لأن إجراءها لا يتقيد كثيراً بالشكليات، ولأن تقدير الاستجابات وتفسيرها أكثر ذاتية، وفي هذه الأساليب يطلب عادة من المفحوص أن يقوم ببعض الأعمال البسيطة التخيلية، كأن يرسم شيئاً ما، أو أن يكمل بعض الجمل (العبارات) الناقصة، أو أن يروي قصة حول صورة، أو أن يذكر أنواع الارتباطات التي تثيرها أنواع معينة من المثيرات. ومن المفترض في هذه

الاختبارات أن ما يصدر عن المفحوص، سواء كان تخيلياً أو تنظيمياً، يكشف خصائص هامة وثابتة في شخصيته.

وهناك عدة أنواع من الاختبارات الاسقاطية يتميز معظمها بجميع أو بعض الخصائص التالية:

١ - **الطريقة غير مباشرة:** إذا قارنا الطرق الإسقاطية بالاستخبارات فإننا نجد أن هذه الطرق أكثر صعوبة بالنسبة للمفحوص الذي يرغب عن عمد في تحريف إجابته أو معرفة الإجابة «الجيدة» من الإجابة «غير الجيدة»، أو الإجابة «الصحيحة» من الإجابة «الخاطئة». وحتى إذا اتخذ المفحوص موقفاً دفاعياً لا شعورياً فإنه يعجز عن تجنب الكشف عن بعض المظاهر الخاصة به لأنه لا يعرف ما الذي يسعى وراءه المختبر. وعلى الرغم من أن هذا لا يصدق تماماً على جميع الطرق الإسقاطية، إلا أنه أكثر صدقاً بالنسبة لها منه بالنسبة للاستخبارات. وفي بعض الأحوال، وخاصة في حالة اختبار بقع الحبر لرورشاخ، فقد أمكن الكشف عن أهدافه بالنسبة لكثير من المفحوصين بسبب تكرار وصفه في الصحف والمجلات المبسطة والسينما والتليفزيون.

٢ - **توفر حرية الاستجابة:** وتعتبر حرية الاستجابة الخاصية الثانية الهامة لبعض الوسائل الإسقاطية. فبدلاً من أن تقتصر الاستجابة على نعم أو لا أو لا أدري، أو بيان درجة الموافقة فإن في الإمكان تقديم استجابات متعددة تعدداً كبيراً لما يطلب الاختبار أن يقوم به المفحوص. فإذا سئل المفحوص أن يحكي قصة عن صورة ما فإن مائة شخص لا شك يروون مائة قصة مختلفة. ومن المفروض بهذه الطريقة أن تكشف استجابات المفحوص عما هو هام وحاسم بالنسبة له. ففي حين يرى أحد المفحوصين قصصاً تدور أساساً حول الموت أو الانتحار عندما تعرض عليه مجموعة من الصور، نجد مفحوصاً آخر يروي قصصاً تهتم جميعها بالإنجاز والنجاح.

٣ - **تفسير الاختبار يتناول متغيرات متعددة:** لما كان من الممكن للمفحوص أن يستجيب بعدة طرق مختلفة، فإن من الممكن أيضاً في حالة تفسير الاختبارات تقويم أنواع متعددة من المتغيرات أو قياسها. وليس من الممكن قياس جميع المفحوصين على نفس المتغيرات، وهذا يجعل بعض هذه الوسائل، بطريقتها العادية في التفسير قاصرة فيما يتعلق بأهداف البحث. وعلى الرغم من

إمكان أن نحدد بالنسبة لمفحوص واحد مدى عدوانه، وبالنسبة لآخر مدى اعتماده على أمه لإشباعه انفعالياً، إلا أنه كلما تعددت المتغيرات(*) التي يمكن للوسيلة أن تقيسها أصبح من الصعب الحصول على معايير أو طرق موضوعية لتصحيح الاختبار.

ومن الممكن أن نصحح كثيراً من الأساليب الإسقاطية بطريقة موضوعية، ولكننا بذلك نفقدها بعض مميزاتها. وفي بعض الحالات الأخرى، فإنه على الرغم من الوصول إلى الدرجات بطريقة موضوعية إلا أن تفسيرها يتطلب قدراً كبيراً من الأحكام الذاتية. ونتيجة لذلك فإن الاختبارات الإسقاطية على الرغم من قيمتها البالغة للأغراض الإكلينيكية إلا أنها أميل إلى تقديم فروض منها إلى الحصول على «حقائق» عن المريض. وكذلك يحتاج القائم على إجرائها إلى تدريب وخبرة شاملين قبل أن يمكنه استخدامها بطريقة حكيمة، وغالباً ما تحتاج هذه الاختبارات إلى وقت أطول بكثير لإجرائها وتصحيحها وتفسيرها من الوقت الذي تتطلبه الأنواع الأخرى من مقاييس الشخصية. ومن الناحية الأخرى، إن المختبر المدرب ذا الخبرة يجد فيها فرصة لأن يلاحظ عدداً متنوعاً من المرضى في موقف معين نسبياً، وأن يصدر أحكامه عن كيف تحدد الدوافع والخصائص الهامة الأقل ظهوراً سلوك الفرد.

وثمة أدلة على أن كثيراً من العوامل الموقفية تؤثر على استجابات الأفراد على الاختبارات الإسقاطية. وهذه أيضاً، يجب أن يقدرها الإكلينيكي ذو الخبرة عندما يصدر أحكامه. إن التسليم بافتراض إمكان إخفاء الهدف من الاختبارات الإسقاطية لا يجد دائماً ما يبرره، كما هو ظاهر من نتائج البحوث من أن المفحوصين يستطيعون أن يقدموا انطباعاً أفضل إذا ما طلب إليهم في التعليمات أن يقوموا بذلك. وعلى الرغم من أن المفحوص في كثير من الحالات لا يستطيع أن يقدم انطباعاً حسناً، لأنه إلى حد ما، لا يعرف كيف يقوم بذلك، إلا أن من الواضح أنه سوف يستجيب بطريقة محبطة جداً إذا ظن أن نتائج الاختبار يمكن أن تستخدم ضده. وإن استجاباته سوف تختلف اختلافاً له دلالته عن الاستجابات التي يقدمها إذا ما شعر بأن الاختبار لن يستخدم لأغراض الاختيار.

ومن الأمثلة التي تدل على تغير طريقة الأفراد في الاستجابة في المواقف

المختلفة الدراسة التي قامت بها إديث هنري Edith Henry ومؤلف هذا الكتاب (١). ففي هذه الدراسة طبق اختبار بقع الحبر لرورشاخ على مجموعتين من ثلاثين طالبة من طالبات الكليات. إحداهما وهي المجموعة الضابطة، تلقت التعليمات المعتادة، التي تذكر أن الناس يرون أشياء مختلفة في بقع الحبر وأن عليهن أن يذكرن للمختبر ما يرينه، وما تذكرهن به بقع الحبر، وأنه لا توجد إجابات صواب أو خطأ. أما المجموعة التجريبية فقد تلقت نفس التعليمات، ولكنها قبل ذلك قيل لها أو ذُكّرت بأن الاختبار قد استخدم في المستشفيات العقلية لعدة سنوات لدراسة الاضطرابات الانفعالية، وأنه يستخدم في هذه الدراسة للقيام بمسح للكلية. إن هذه الإضافة البسيطة غير الضارة للتعليمات المعتادة والتي تذكر معظم المفحوصين بما سبق لهم معرفته عن طريق مقالات الصحف، وبرامج التلفزيون، والسينما، أحدثت تغييرات واضحة في متوسط درجات المجموعتين. فكان متوسط مجموع الاستجابات لكل مفحوص في المجموعة التجريبية ١٦ وكان المتوسط في المجموعة الضابطة ٢٣ استجابة، وقد كان هذا الفرق ذا دلالة عالية. ودل ذلك على أن المفحوصين في المجموعة التجريبية كانوا أكثر عناية في انتقاء الاستجابات التي تحتويها البقع والتي كان فيها الشكل واضحاً، أي أنهم لم يسمحوا لأنفسهم بقليل من الحرية والخيال. وارتفعت نسبة الاستجابات الشائعة أو المنطقية من ٤٪ في المجموعة الضابطة إلى ١٢٪ في المجموعة التجريبية.

وليست التغييرات البسيطة في التعليمات هي فقط التي تؤثر على استجابات المفحوصين على الاختبارات الاسقاطية، ولكن خصائص المختبر قد تكون لها أيضاً أهميتها. والواقع أن من الممكن إثبات أن هذا لا ينطبق فقط على الاختبارات الإسقاطية، بل أنه لينطبق كذلك على الاستخبارات واختبارات القدرات. ومن أمثلة هذه الدراسات البحث الذي قام به بول موسن Paul Mussen وألفين سكودل Alvin Scodel (٢). فقد عرضا على مجموعتين من الطلبة (الذكور) مجموعة من الصور تتكون من ثماني صور لنساء عرايا جميلات، وسألا

---

(١) Edith Henry, and J. B. Rotter, «Situational Influences on Rorschach Responses,» *Journal of Consulting Psychology*, 20 (1956): 457 — 62.

(٢) Paul H. Mussen and Alvin Scodel, «The Effects of Sexual Stimulation under Varying Conditons on TAT Sexual Responsivess,» *Journal of Consulting Psychology*, 19, (1955): 90.

الطلبة تقدير جاذبية كل واحدة. وعقب ذلك طلب منهم مجرب آخر أن يكتبوا قصصاً (لدراسة أخرى منفصلة) عن مجموعة من اللوحات مأخوذة من اختبار تفهم الموضوع (T A T). وكانت الاختلافات بين المجموعتين هي أن الذي قام بعرض الصور العارية في إحدى المجموعتين كان رجلاً في الستين من عمره يبدو في مظهر أستاذ جاد إلى حد ما، في حين أن الذي قام بعرض الصور العارية على المجموعة الثانية كان شاباً طالباً في الدراسات العليا لم يتخذ مظهراً رسمياً كما كان يبدو عليه التسامح. وكما هو متوقع، وجد الباحثان أن المحتوى الجنسي في القصص التي كتبت عن لوحات اختبار تفهم الموضوع كان أكثر بالنسبة للمجموعة التي قام بعرض الصور العارية عليها طالب الدراسات العليا الذي لم يتخذ مظهراً رسمياً.

وعلى الرغم من نواحي القصور هذه، فإن من الممكن أن تقدم الاختبارات الإسقاطية معلومات ليس من السهل استخلاصها بالطرق المباشرة. والإكلينيكي الممتاز هو الذي يعتبر الأحكام التي يصدرها نتيجة هذه الاختبارات فروضاً يتناولها بحذر، ويقابلها بمعطيات أخرى إن أمكن.

أمثلة توضيحية للاختبارات الإسقاطية

اختبار تداعي الكلمات: يعتبر اختبار تداعي الكلمات الذي لا يزال يستخدم في عدد من العيادات اختباراً سابقاً على الاختبارات الإسقاطية الحديثة. وفيه تذكر كلمة كمنبه للمفحوصين ويطلب منهم أن يذكروا بأقصى سرعة ممكنة أول كلمة ترتبط بها وتخطر على ذهنهم. ويقوم الإكلينيكي بدراسة ما يشير إلى حالات الاضطراب العقلي أو الانفعالي التي تكشف عنها الاستجابات المرجأة مدة طويلة، أو خصائص الاستجابات الأخرى وكذلك محتواها. والأساس في هذا الاختبار باعتباره أداة إكلينيكية، يوجد في أن عملية التداعي تكشف عن اضطرابات الفكر التي تميز فئات شاذة معينة. وإلى هذه الفكرة أضاف يونج وهو زميل قديم لفرويد فكرة أن عملية التداعي يمكن أن تكشف عن اللاشعور والأفكار المكبوتة، وأن تستخدم كطريقة للكشف عن «العقد اللاشعورية».

وقد عرضنا فيما يلي لأغراض توضيحية عشر استجابات قدمها مريض راشد مقيم في إحدى المستشفيات شُخّص على أنه «مصاب بالفصام»، مقارنة

بعشر استجابات لراشد «سوِيّ» من نفس المستوى التعليمي. والكلمات المنبهة هي جزء من اختبار كنت ـ روزانوف Kent - Rosanofff لتداعي الكلمات.

تداعي الكلمات

الكلمة المنبهة	الاستجابات «السوية»	استجابات المرضى «بالفصام»
مائدة	مقعد	مقعد
يد	يمسك	اثم
ناعم	خشن	يلمس
امرأة	رجل	سيُّء
ينام	وسادة	موت
معدة	يأكل	يفتح
أصفر	أزرق	ثار
فراش	ينام	حار
طفل	فتاة	ثار
خائف	ظلام	الله

اختبار رورشاخ: اختبار رورشاخ من أوسع الاختبارات استخداماً وأكثر الأساليب الإسقاطية ذيوعاً، فيه تعرض على المفحوص مجموعة من بقع الحبر، ويطلب منه أن يذكر ما توحي به هذه البقع إليه. وليست هناك استجابات صحيحة أو خاطئة، ولكن ما يراه المفحوص في بقع الحبر يفترض أنها تعكس شخصيته. وقد كانت الارتباطات في أول الأمر تصحح وتفسر بطريقة تسمح بأن تقارن استجابات المفحوص باستجابات المرضى المصنفين في فئات مختلفة. وكان الأساس النظري هو افتراض أن الأنماط المرضية تميل إلى تخيل ما تراه بطرق مختلفة. فالصور، مثلاً، قد تكون صوراً بصرية أو حركية. وكذلك تلعب مفاهيم الملكات دوراً هاماً في تصحيح اختبار رورشاخ بالنسبة للاستجابات المختلفة التي تمثل الانفعالات والإرادة والعقل. أما في الاستخدام الحالي للاختبار فقد أضيفت متغيرات أخرى إلى التصحيح لتقدير الاستجابات وفقاً للدراسة التحليلية للفرد.

اختبار تفهم الموضوع: في محاولة لدراسة الحاجات التي تعتبر متغيرات هامة في نظرية الشخصية، وضع موراي وزملاؤه سلسلة من الاختبارات ذات

الطابع الإسقاطي. افترض موراي أن المفحوص لا يكون عادة واعياً بحاجاته، وأن أية أداة تكشف عن فكره اللاشعوري سوف تمدنا بفهم أفضل من الاختبارات التي تعتمد على ما يورده الفرد عن نفسه. وشعر موراي أن الخيال يمدنا بهذه الوسيلة للحصول على الدوافع اللاشعورية، ووضع مجموعة من الأساليب التي يذكر فيها المريض خيالاته عندما يستمع إلى الموسيقى، أو يستكمل قصصاً ناقصة، أو عندما يذكر قصصاً عن بعض الصور. وهذه الأداة الأخيرة التي يذكر فيها المفحوص قصة عن صور أصبحت أكثر الأدوات استخداماً. وتوجد لدينا الآن مجموعة من الصور المقننة للأغراض الإكلينيكية، وكذلك مجموعات خاصة من الصور لقياس متغيرات معينة للأغراض الإكلينيكية والتجريبية.

وفي الشكلين ١، ٢ صورتان من النوع الذي يستخدم في مثل هذه الاختبارات، ولكنهما ليستا من بين الصور الموجودة في أي مجموعة مقننة. وفيما يلي نص القصتين اللتين ذكرتهما امرأتان في مقتبل العمر، وهما تصوران مدى ما يكون عليه الاختلاف بين هذه القصص. ويستطيع القارىء أن يستنتج لنفسه ما يتعلق بهاتين الامرأتين.



شكل رقم ١



شكل رقم ٢

المرأة الأولى

الشكل رقم ١ : حسناً، يمكنني أن أقول إن هذه الفتاة تبلغ حوالي الرابعة عشرة. وإنها كانت دائماً خجولة وملتصقة بأمها التصاقاً شديداً. وفي يوم من الأيام عندما كانت راجعة من المدرسة إلى البيت طلب منها أحد الشبان أن تقابله فيما بعد لیذهبا للتمشية. ولم تعرف ماذا تقول له، ولهذا لم تفعل سوى أن امتنعت عن الرد عليه. وقطعت المسافة إلى المنزل راكضة. وعندما بلغت المنزل سألت أمها ما الذي كان عليها أن تفعله، وحاولت أمها أن تشرح لها شيئاً عن النمو وعن الشبان. ويبدو أنها مضطربة تماماً بشأن ما تسمعه من أمها لأنها في الحقيقة لم تكن تريد أن تكبر، وإنما أرادت أن تبقى فتاة صغيرة طوال حياتها.
وفي النهاية خرجت الفتاة مع الشبان وتزوجت شاباً أوصت به أمها.

المرأة الثانية

شكل رقم ٢: هذه صورة قديمة ومشكلة قديمة. هذه الفتاة كانت تلاحظ أن أمها كانت تزداد ميلاً إلى شرب الخمر، وأخيراً أدركت معنى أن تصبح أمها مدمنة على الخمر، ولماذا كانت تتعثر أحياناً، أو تسقط أثناء السير، وقد يغلبها النعاس فتنام في غرفة المعيشة. وأخيراً اتهمت أمها بتناول الخمر، وهنا في الصورة تقول الأم انها أصبحت لا تستطيع الامتناع عن تناول الخمر، ولكن الفتاة تطلب من أمها أن تمتنع عن ذلك لأنها تخجل من أصدقائها، وتعتقد أنهم يتحدثون عن ذلك من ورائها، غير أن الأم لا تمتنع. وأخيراً أخذت الأم إلى إحدى المؤسسات. وعندما كبرت الفتاة تركت المدينة وذهبت إلى مكان آخر حيث لا يعرفها أحد.

المرأة الأولى

الشكل رقم ٢: هاتان الفتاتان أختان تحضران حفلة عيد القديس فالنتين وهي حفلة رقص، وهما تستعدان للنزول والرقص مع الأولاد. وكلا منهما حزينة قليلاً، وهما تعتقدان أنهما لن تتمتعا بالرقص. والأخت الصغرى تساعد الأخت الكبرى، والكبرى منهما مخطوبة ولكن في الرقص تجد الأخت الصغرى شاباً تحبه كثيراً. وهي خجولة في البداية، ولكنها بالتدريج تتغلب على خجلها، ويخطبها الشاب ويتزوجان وينجبان خمسة أطفال.

المرأة الثانية

هذه الصورة تحيرني. لا أستطيع أن أذكر ماذا تفعل أحدى الفتاتين للأخرى. لنقل أنهما اختان، وأنهما خارجتان لموعد مزدوج، والبنت الجالسة هي الأخت الجميلة، والبنت الواقفة هي الأخت القبيحة التي فرض عليها أن تخدم أختها الجميلة. وهي تربط قلادة حول رقبة أختها، وهي تفكر وأنني أود حقاً أن اخنقها. والأخت الجميلة تحصل على جميع المواعيد من الشبان وهي الأخت المحبوبة، أما الأخت القبيحة فلا تخرج إلا عندما ترتب الأخت الجميلة موعداً مزدوجاً لها معاً. وتتزوج الأخت الجميلة رجلاً غنياً في المدينة، وتذهب لتعيش في منزل كبير جميل. وفي يوم من الأيام تعثرت وهي نازلة على السلم وتنكسر عنقها. وعندما غادرت الأخت الجميلة البيت بدأ الناس يعترفون بأن الأخت القبيحة ليست على هذه الدرجة من القبح، وبدأت صداقات خاصة بها، وتتزوج شاباً فقيراً يحبها حقاً. ويعمل زوجها لحساب شخص آخر، ويناضلان نضالاً شاقاً لعدة سنوات. وأخيراً يستطيع الزوج أن يبدأ عملاً خاصاً به، وينجح فيه، وينالان احتراماً كبيراً في المجتمع الذي يعيشان فيه.

طريقة الجمل الناقصة

يطلب من المفحوص في طريقة الجمل الناقصة أن يكمل جملة، يمده المختبر بالكلمة أو الكلمات الأولى منها. وهذه الطريقة ترتبط في بعض النواحي بطريقة تداعي المعاني، والفرق الأساسي هو في طول المنبه. وتتطلب بعض تطبيقات الطريقة مجرد كلمة واحدة أو استجابة قصيرة، وتستخدم أنواع مختلفة من الأصول (أي الكلمات التي ترد في الاختبار ويكملها المفحوص). وقد وضعت اختبارات الجمل الناقصة لقياس أنواع مختلفة من المتغيرات. وفيما يلي بعض الأمثلة لأنواع مختلفة من الأصول.

أنا أحب ....   أغضب عندما ....
هو يهتم عندما ....   الزنوج ....

وكما في طريقة تداعي الكلمات قد تظهر ميول لإعاقة فهم الكلمة المنبهة أو تحريفها، وتصنف الاستجابات على نحو شبيه بعض الشيء. وحتى في الاختبارات التي تشجع فيها السرعة لا توجد محاولة لقياس سرعة الاستجابة، ولا يوجد في الحقيقة ضغط للحصول على ارتباط سريع. وتقدم الاستجابات المعلومات التي يرغب في تقديمها المفحوص، أكثر من أن تقدم معلومات لا

يرغب في تقديمها، ويكون التحليل عادة أشبه بالتحليل الذي يستخدم في اختبار تفهم الموضوع منه بالتحليل الذي يستخدم في طريقة تداعي الكلمات. ويفترض، كما هو الحال في الأساليب الإسقاطية الأخرى، أن المفحوص يعكس تمنياته ورغباته ومخاوفه واتجاهاته في الجمل التي يكونها، ولكن هذه الطريقة تختلف في أن ما يذكره المفحوص لا يعتمد على تفسيره للمنبه المقنن بالقدر الذي يعتمد على قدرته ورغبته في الكتابة تحت ظروف الاختبار.

ومن الأمثلة التي توضح كيف يستخدم مثل هذه الاختبارات في أغراض البحث الإكلينيكي ما قام به هربرت جيتر Herbert Getter وستيفن وايز Stephen Weiss اللذان استخدما اختبار روتر للجمل الناقصة، كمقياس لتوافق طلبة الكليات. وقد كانا مهتمين بما إذا كان طلبة الكليات الذين يترددون على عيادة الكلية أسوأ في توافقهم السيكولوجي من هؤلاء الذين لا يترددون عليها. فإذا وجد أن هذين الأمرين مترابطان فإن هذا لن «يبرهن» على أن الشكاوى الطبية ليست حقيقية أو خطيرة ولكن هذا سوف يتضمن إمكانية أن الأفراد الذين يترددون كثيراً على العيادة بسبب شكاوى جسمية بسيطة قد يكونون أكثر حاجة إلى مساعدة سيكولوجية منهم إلى مساعدة طبية. وقد طبق جيتر ووايز الاختبار على خمسة وخمسين من الطلبة الذين قضوا أربعة فصول دراسية في الدارسة، ثم تابعا بعد ذلك سجلاتهم الكاملة في العيادة منذ التحاقهم بالكلية. وقام بتصحيح الاختبارات أناس لم تكن لهم معرفة بأهداف البحث، ولم يسجلوا الزيارات للعيادة وذلك حتى لا يؤثر انحياز المجرب في النتائج. وقد قسم المفحوصون عند الوسيط في اختبار الجمل الناقصة إلى مجموعتين، المجموعة المتوافقة والمجموعة غير المتوافقة. والجدول رقم ٥ يوضح نتائج دراستهم.

ويلاحظ بوضوح في الجدول رقم ٥ أن الأشخاص الأقل توافقاً قاموا بزيارات للعيادة أكثر من الأفضل توافقاً في جميع الفئات إلا فيما يتعلق بالعدوى الخارجية. وقد شعر جيتر ووايز أن السبب في هذه الزيارات المتكررة كان جريا وراء إشباعات لاتكاليتهم ـ الحاجة إلى رعاية الآخرين لهم ـ التي لم تكن مشبعة في الكلية بالنسبة للطلبة الحاصلين على درجات أعلى وهي الدرجات التي تدل على سوء التوافق في اختبار الجمل الناقصة.

جدول ٥ ـ تكرار الأسباب الأكثر تردداً لزيارة العيادة

الغرض من التردد على العيادة		غير المتوافقين ن = ٢٧	المجموع
الشكوى من الجهاز التنفسي	٢٤	٥٠	٧٤
الإصابات والجروح	١٤	٤٤	٥٨
الشكوى من الجهاز الهضمي	٦	١٨	٢٤
الالتهابات الخارجية	١٤	٥	١٩
الاعتذارات الطبية	٥	١٣	١٨
غير ذلك	٩	٥١	٦٠

From Herbert Getter and Stephen D. Weiss «The Rotter Incomplete Sentences Blank Adjustment Score as an Indicator of Somatic Complaint Frequency» Unpublished manuscript, University of Connecticut, 1967, by permission.

طرائق الملاحظة

وصفنا ثلاث طرائق لتقدير الشخصية، اثنتان منها، وهما المقابلة غير الشكلية والاستخبار المقنن، طريقتان محددتان إلى حد ما لأنهما تعتمدان على تقرير الشخص عن نفسه (التقرير الذاتي). أما الطريقة الثالثة وهي الطريقة الإسقاطية فهي تخلو من هذا القصور. ومع ذلك، فإن استجابات هذه الطرائق الإسقاطية تتأثر بعدد كبير جداً من العوامل التي لا يمكن تعيينها بسهولة، والاختبارات نفسها تحتاج إلى وقت طويل لتحليلها، وهي قابلة لأن تتأثر بانحيازات المختبر. وهذه الطرائق الثلاث جميعها تعطي معلومات عن المفحوصين فيما يمكن أن يطلق عليه موقف اصطناعي أو غير طبيعي. وبعض المشكلات المتضمنة في هذه الطرائق يمكن تلافيها إلى حد ما باستخدام أساليب ملاحظة السلوك.

وفي هذه الطرائق يحاول السيكولوجي ببساطة أن يلاحظ الفرد في مجاله الطبيعي. ويحدث هذا مع الأطفال أحياناً في المنزل أو في الملعب، ومع الراشدين الموجودين في المؤسسات يمكن ملاحظتهم في أثناء وجودهم في قاعات المستشفى أو في أثناء العلاج المهني مثلاً.

وقد وضعت مقاييس لتقدير سلوك الأطفال بعناية، كما وضعت مقاييس لتقدير سلوك المرضى العقليين المودعين في المؤسسات. وليس من الممكن بصورة عامة أن يختبيء الملاحظ إذا ما أجرى التقدير في المجال الطبيعي. ففي المختبر يمكن له أن يختبيء وراء مرآة تسمح بالرؤية من جانب واحد منها، أو من وراء ستار، ولكن في مواقف الملاحظة الطبيعية لا بد وأن يكون مرئياً من الملاحظين بوجه عام. وليس من السهل تحديد مدى تأثير وجود الملاحظ على البيانات التي يحصل عليها. فمن المفروض بوجه عام وجود مثل هذا التأثير، ولكن لما كان من غير الممكن الحصول على نفس البيانات دون وجود أحد، فإن من الصعب جداً أن نحدد أثر حضور الملاحظ. ولكن يبدو من تقارير المفحوصين والملاحظين أنهم يتعودون إلى حد ما على وجود الملاحظين الذين يعرفون أنهم يقدرون سلوكهم وأنهم يسلكون بطريقة طبيعية. ومع ذلك، فعلى الرغم من مميزات الملاحظة المباشرة والتي تجري في ظروف طبيعية، فإن هذه الطريقة لا تزال تعاني من القصور الناشيء من أن حضور القائم بالتقدير يؤثر على سلوك الفرد الذي يقدره.

ومن الطبيعي أن تكون هذه الطريقة غير اقتصادية بالنسبة لوقت الفاحص ما دامت تقتصر على فرد واحد، وإن كان من الممكن أن تكون اقتصادية لأغراض البحث حيث يمكن دراسة عدد من الأفراد في وقت واحد كما في حالة دراسة جميع الأفراد الموجودين في قاعة واحدة من قاعات المستشفى. فيستطيع الإكلينيكي، مثلاً، أن يدرس عدداً من المرضى في وقت واحد لكي ينتقي من بين عدد كبير منهم مجموعة تتفق مع بعض المتطلبات اللازمة للعلاج النفسي الجمعي. ومثال آخر لتطبيق هذه الطريقة أن يلاحظ المعالج المرضى الذين يعالجون علاجاً جمعياً وهم في قاعتهم حتى يستطيع فهمهم بطريقة أفضل، أو أن يقدر نتائج العلاج في موقف من مواقف الحياة غير موقف العلاج نفسه.

اختبارات السلوك

الأساليب السلوكية ـ مثل أساليب الملاحظة التي انتهينا حالاً من مناقشتها ـ تميل إلى أن تعتمد بدرجة أقل على التقرير الذاتي للمفحوص. ومع ذلك،

فهي تختلف عن مواقف الملاحظة الطبيعية في أن جميع المفحوصين يوضعون في نفس موقف الاختبار المقنن. وعلى الرغم من أن الاختبارات السلوكية تفتقد ميزة الموقف الطبيعي لأنها تستلزم موقفاً مقنناً، إلا أنها تتجنب واحداً من نواحي القصور في أسلوب الملاحظة. ففي موقف الملاحظة الطبيعي يحتاج الإنسان لأن يهتم بملاءمة عينة الملاحظات، أو كونها ممثلة للسلوك، أي هل الفترة التي لاحظنا فيها المفحوص تعتبر نموذجاً للظروف العادية لهذا الموقف؟ فعلى سبيل المثال، هل من الممكن إذا لم يفقد المريض في فترة الملاحظة التي تدوم خمس أو عشر دقائق هدوءه، أن نفترض أنه هادىء المزاج، أو أن نفترض فقط أنه لم يحدث له شيء ما مما يسبب له إحباطاً أثناء هذه الفترة القصيرة؟ إن اختبار السلوك، لأنه يضع كل شخص في نفس الموقف، يقدم لنا أساساً أسلم للمقارنة.

وطبعاً إن جميع الاختبارات تقيس السلوك. ويستخدم مصطلح اختبار السلوك هنا لوصف هذه الوسائل التي يكون فيها السلوك الملاحظ هو نفس السلوك الذي يهتم الإكلينيكي بالتنبؤ به في مواقف الحياة أو ما يشبهه. فبدلاً من أن نسأل الشخص ما إذا كان يسعى وراء المساعدة (أي أنه يعتمد على الغير) عندما يحبط أو يقف أمامه عائق، وبدلاً من أن نقوم بتفسير للاعتماد على الغير من قصة قد يرويها، فإن الإكلينيكي في اختبار السلوك يقيم عائقاً أمام الفرد أو يسبب له إحباطاً ثم يقرر حينذاك على أساس معيار موضوعي مقبول عام ما إذا كان يطلب المساعدة أو إلى أي مدى يطلب المساعدة. وقد استخدم مكتب الخدمات الاستراتيجية الذي عمل في اختبار العملاء السريين وسائل شبيهة بوسائل التقدير هذه بصورة شاملة في أثناء الحرب العالمية الثانية.

وفي اختبارات السلوك قد يطلب من الأفراد القيام بأعمال سخيفة لمعرفة قدرتهم على الاستمرار في القيام بها ليرضوا المختبر، أو أن يوضعوا في موقف جماعي حيث يطلب منهم أن يقوموا بعمل من الأعمال الصعبة يتطلب القيام بها ضرورة التعاون مع الآخرين. وبعض أساليب «الإحباط» تتطلب القيام بأعمال لا يمكن إنجازها، ثم يقوم الفاحص بملاحظة سلوك الفرد في الوقت الذي يتولى فيه فشل مجهوداته للقيام بها. فمثلاً نجد أن فرداً ما ييأس بسهولة ويقول «إنه لأمر مستحيل»، وآخر قد يلوم نفسه ولكنه يذكر أنه كان يستطيع أن يقوم

بالعمل لو لم يكن قد سهر إلى وقت متأخر في الليلة السابقة، وأنه لم يكن في حالة طيبة في الأيام الأخيرة. وقد يصب شخص ثالث جام غضبه على المختبر، ويصف الاختبار بأنه «اختبار سخيف» وأن هذه التجارب السيكولوجية تدل على الجنون، وأنها «لا تثبت شيئاً». وطبيعي أن تمثل النزعات التي تظهر في مثل عملية الاختبار هذه، مثل سرعة يأس المفحوص الأول، ونزوع المفحوص الثاني إلى القاء تبعة فشله على الصحة، وميل المفحوص الثالث إلى العدوان، إنما هي خصائص تميّز طريقة استجابة هؤلاء الأشخاص للإحباط في المواقف الأخرى.

وبعض هذه الأساليب يطلق عليها اختبارات السلوك دون تدخل، عندما يكون المفحوص غير مدرك بأن سلوكه موضع الملاحظة. ومثال ذلك أن يسجل الملاحظ وهو جالس في نهاية غرفة الدراسة مقدار الحركة الدالة على الضيق (كمقياس للملل) الذي يحدث في أثناء فترة الدراسة، مقارناً بين الأفراد، أو مقارناً المجموعة كلها تحت ظروف متباينة، أو محدداً التغير الذي يحدث في مقدار الحركة الدالة على المضايقة في المحاضرات أو الموضوعات المختلفة.

ملخص

لا يزال علم دراسة الشخصية في مراحله الأولى، فهناك نظريات مختلفة كثيرة فيما يتعلق بالمظاهر الهامة للسلوك الإنساني، وهناك مصطلحات أو مفاهيم أو تكوينات تستخدم في الوصول إلى تجريدات عن خصال الإنسان الأساسية. وينبغي أن يكون واضحاً أن الإكلينيكي لا يواجه فقط بمشكلة تقرير ما الذي ينبغي أن يقيسه، إنه يواجه أيضاً وجود مشكلات بالغة الصعوبة يتضمنها تقريره كيف يقيس. إن أمامنا عدة أساليب مختلفة لمشكلة قياس الشخصية أو تقويمها، ولكل طريقة مميزاتها ونواحي قصورها. وبصرف النظر عن مدى سهولة الحصول على المعلومات فإن مشكلة تفسير أهمية اختبارات أو أساليب الشخصية ومعانيها أمر بالغ الصعوبة، ولا يزال حتى الوقت الحاضر أمراً يعتمد على مهارة المختبر وخبرته. وعلى أية حال، فإنه يمكن النظر إلى نتائج مثل هذه الاختبارات على أنها تقدم وصفاً صحيحاً، وتسمح بالتنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل على أساس احتمالي فقط. وبوجه عام، إن التنبوءات التي نتوصل إليها من اختبارات

الشخصية يمكن الاعتماد عليها بدرجة أقل من الاعتماد على التنبوءات التي نتوصل إليها من اختبارات الذكاء أو القدرات. وينشأ هذا، إلى درجة كبيرة، من حقيقة أن الفرد في حالة مقاييس الذكاء أو القدرات يختبر في موقف يشبه شبهاً كبيراً الموقف الذي نرغب في التنبُؤ به، أما في حالة اختبارات الشخصية، فإن موقف الاختبار يختلف عادة اختلافاً كبيراً عن موقف الحياة الحقيقية الذي نريد أن نتنبأ بشأنه.

ويحصل منظرو الشخصية والسيكولوجيون الإكلينيكيون على مكاسب جديدة في فهم تعقدات السلوك الإنسان والمشكلات المتأصلة في قياس خصال الشخصية الثابتة والتنبُؤ بها. وبالتدريج، مع تحسن النظرية ومع تطبيق مناهج بحث أحدث على إجراءات الاختبارات، ينبغي أن يصبح من الممكن الوصول إلى فهم أعظم وتنبوءات أدق للسلوك الإنساني.

الفصل الخامس

العلاج النفسي

يعتبر علاج غير المتوافقين نفسياً بالأساليب السيكولوجية الوظيفة الثالثة الأساسية ومن وظائف السيكولوجي الإكلينيكي. والعلاج النفسي، كما نعرفه في هذا الكتاب تعريفاً واسعاً، هو النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفاً منه إلى تحقيق تغير في الفرد يجعل حياته أسعد وأكثر بنائية أو كليهما معاً.

وكما تتباين أساليب إدراك الطبيعة الأساسية للإنسان، مثلما رأينا حين قمنا بدراسة نظريات الشخصية المختلفة ومناقشتها، فمن المنطقي كذلك أن تعكس محاولات إحداث تغيير في الفرد تصور المعالج الخاص لطبيعة الشخصية، أو أن تتحدد هذه المحاولات بهذا التصور. وبعبارة أخرى، هناك عدة طرائق في العلاج النفسي ترتبط كلها صراحة أو ضمناً بنظريات الشخصية. وفي هذا الفصل سوف نقوم بوصف بعض المناهج الرئيسية في العلاج النفسي.

ومن المحتمل أن تكون أولى صور العلاج النفسي التي مارسها السيكولوجيون هي توجيه الأطفال، فقد كان هؤلاء يقدمون على أساس من

الفهم السليم النصيحة للآباء والمدرسين وغيرهم فيما يتعلق بمعاملة الأطفال أو علاجهم. وكانوا في حالة الكبار يستخدمون ما يشبه الإيحاء المباشر، إما أملاً في اختفاء أعراض معينة، وإما للبرهنة للمريض على أنه قادر على القيام بأنواع أخرى من السلوك بتدريب قوة إرادته. وباستثناء المنومين الفرنسيين الأوائل والسيكولوجيين الذين كانوا يستخدمون الإيحاء، كان الأسلوب المنظم الأول لتغيير الشخصية هو الأسلوب الذي نادى به سيجمند فرويد الذي ارتبطت طريقته في تغيير الأفراد بالوسائل السيكولوجية ارتباطاً واضحاً بنظرية في الشخصية. ولكي نفهم طبيعة العلاج بالتحليل النفسي، من الضروري أن نقدم بعض الإضافات إلى ما سبق أن ناقشناه من تصورات للعقل من وجهة نظر فرويد.

التحليل النفسي

إن فرويد في تطويره لنظريته، لم يقسم العقل إلى شعوري ولا شعوري فحسب، ولكنه اقترح أيضاً وجود ثلاثة نظم مختلفة من الطاقة وهي الهو والأنا والأنا الأعلى.

ويتكون الهو من الطاقات الموجَّهة إلى الإشباعات الأساسية للغرائز الجنسية وغرائز الموت والتي تتضمن رغبات الكراهية والعدوان. وكان فرويد يعتقد أن الغرائز الجنسية تسيطر على الإنسان إلى حد كبير، وإن كان تصوره لها يختلف عن التصور الشائع. ذلك أن فرويد يرى أن الإشباعات الجسمية، بما فيها اللذة الناشئة عن استثارة الفم والإست، هي جزء من الغرائز الجنسية. وكان فرويد يعتقد أن اللذة الناشئة عن تناول الطعام والإخراج، وكذلك ما نطلق عليه الجنس لدى الكبار، هي المحددات الأولية للسلوك. والاستجابة الطبيعية للكائن الحي إلى الإحباط هي العدوان أو الكراهية. وعادة لا يشعر الفرد بهذه الغرائز التي تكون الهو، ولكنها مع ذلك توجهه.

أما الأنا فيشمل الغرائز المتعلقة بالمحافظة على الذات. فعن طريق الأنا يتعلم الفرد ما يتعلق ببيئته ويوجه سلوكه لكي يتفادى الألم والعقاب. والعمليات العقلية الشعورية هي الأخرى جزء من وظيفة الأنا.

وفي حين نجد الفرد مدفوعاً للسعي وراء إشباعات غرائزه الجنسية

والعدوانية، إلا أن طبيعة الحضارة ذاتها تتطلب منه ـ في نظر فرويد ـ أن يتعلم السيطرة على هذه الغرائز، وألا يشبعها إلا في أوقات محددة وبطرق معينة، ولعل ذلك لكي لا يتعرض نظام المجتمع إلى الاضطراب. وللسيطرة على مثل هذا السلوك وضع المجتمع سلسلة من المحرمات والعقوبات القاسية على الذين لا يعملون وفقاً له. وتعتبر السيطرة على العدوان، والتدريب في وقت مبكر على النظافة والإخراج والتبول، والفطام المبكر عن ثدي الأم، وغير ذلك، إحباطات وعقوبات فرضها المجتمع على أي إشباع لدوافع الهو، ويقوم الوالدان بتعليمها لطفلهما بطريقة مباشرة في العادة. وبتقبل الطفل وتعلمه للضوابط الضرورية لهذه المحرمات، وبشعوره بالخجل عندما يخالفها (كالطفل الذي يبلل ثيابه بعد افتراض أنه قد تدرب على النظافة) يكون بذلك قد نمّى الأنا الأعلى. وينشأ الأنا الأعلى من الأنا، وهو يتكون من طاقات الفرد الموجَّهة لتجنب العقاب بسبب التجاوزات (التعديات) الأخلاقية. والأنا الأعلى، مثل الأنا، شعوري في جزء منه ولا شعوري في الجزء الآخر. والأنا الأعلى هو حصيلة إدماج الطفل لقيم والديه في ذاته بحيث يؤدي ذلك به إلى أن يشعر بالذنب إزاء التجاوزات (التعديات) الأخلاقية سواء اكتشفها الآخرون أم لم يكتشفوها.

وفي رأي فرويد، إن المظاهر الثلاثة للنفس ـ وهي: الهو، والأنا، والأنا الأعلى ـ تتحارب فيما بينها حرباً مستمرة. فالهو يسعى وراء إشباعاته، والأنا يحاول أن يكيف مطالب الهو مع عالم الواقع، والأنا الأعلى يحاول أن يسيطر على هذه الدوافع إذا لم تحظ بالموافقة من المجتمع.

ولما كان الاستنكار لا يتعرض للأفعال فقط، بل إنه يتعرض للأفكار والرغبات أيضاً، فإن الأنا الأعلى يمارس عمله بكبت أو دفع الأفكار والدوافع غير المقبولة إلى اللاشعور. ولكن الأفكار والدوافع تحاول أن تعبر عن نفسها بطريقة ما. وكثير من الأعراض التي ينظر إليها على أنها أعراض لا توافقية أو مرضية تعتبر من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة لمحاولات الدوافع اللاشعورية التعبير عن نفسها بصورة مقنّعة. وبعض الأعراض الأخرى هي في الواقع محاولات لاستبقاء السيطرة على هذه الدوافع اللاشعورية. فمن المفروض أن القلق العصابي (أو الخوف المعمم)، مثلاً، هو أسلوب يحاول به الفرد أن يحذر نفسه من أن دافعاً غير مقبول ينذر بالهروب من اللاشعور. والذنب حيلة

عقلية (ميكانيزم) للأنا الأعلى تحدث كنتيجة لتعرض المعايير المستبطنة (التي أصبحت جزءاً من الفرد) للخطر. وتعبِّر الدوافع والمكبوتات اللاشعورية عن نفسها في الأحلام وفي السلوك الرمزي الغريب.

ومن الممكن أن نرى من هذا التبسيط المبالغ فيه إلى حد ما أن الأمراض النفسية، كما يراها فرويد، هي إلى حد كبير نتيجة للدوافع اللاشعورية المكبوتة. ويعتقد فرويد لذلك أن الذين نطلق عليهم السيكوباتيين المجرمين لم ينموا لديهم أنا أعلى قوياً، وبالتالي ليس لديهم سوى كبت ضئيل لغرائز الكراهية والعدوان أو أن سيطرتهم عليها ضعيفة. والعلاج بالتحليل النفسي الذي يهدف إلى تحرير بعض الدوافع اللاشعورية ليس ملائماً لهم، وهم كمجموعة لم ينجح التحليل النفسي التقليدي الذي قال به فرويد في علاجهم.

وفي حين أكد فرويد الأدوار التي تقوم بها الدوافع المكبوتة ونمو الأنا الأعلى نمواً غير ملائم، نجد أن مجموعة من المحللين النفسيين مثل هاينز هارتمان Heinz Hartmann، وإرنست كريس Ernest Kris، ودافيد رابابورت David Rapaport، قد قاموا حديثاً جداً بالتأكيد الشديد على الأنا ودوره في الحياة النفسية بما فيها السيكوباثولوجيا (المرض النفسي). ويحتفظ «سيكولوجيو الأنا» هؤلاء بمركز مستقل للأنا، ويؤكدون على محاولة الفرد مواجهة مطالب الواقع، والوظائف التكاملية للأنا، والدرجة التي بها يدافع الأنا عن الفرد إزاء العقاب والفشل. ومثل هذه الدفاعات التي يقوم بها الأنا قد تموّه الواقع بصورة يتميز بها الفرد عن غيره، وتقدم لنا أساساً لفهم السيكوباثولوجيا (المرض النفسي).

وفيما يتعلق بالمجموعات الأساسية الأخرى للأمراض النفسية والعقلية، أي العُصابات النفسية، والذُهانات، يفترض المحللون النفسيون أن دوافع الهو القوية تقابل بالكبت، وأن الاضطراب (النفسي أو العقلي) إما أن يمثل طريقة للتعبير عن الدوافع المكبوتة، أو طريقة للتحكم فيها، أو كليهما. ومشكلة العلاج النفسي هي تحرير هذه الدوافع اللاشعورية، وذلك بإضعاف الأنا الأعلى جزئياً وإخضاع الدوافع لسيطرة الأنا الشعورية. وتعتبر الدوافع غريزية ولذلك لا يمكن التخلص منها، إلا أن من المستحيل المحافظة على مجتمع متحضر مع السماح بالتعبير عنها بحرية، بل إن المثل الأعلى للتوافق الجيد يستلزم إدراك الفرد لدوافعه إدراكاً شعورياً وتكييفها لمطالب الواقع. وقد كانت هذه

الاعتبارات أساسية بالنسبة لتطور إجراءات العلاج وفقا لنظرية التحليل النفسي.

وللوصول إلى تحرير هذه الدوافع المكبوتة والسماح لها بالظهور في دائرة الشعور ينبغي أن يكون جو العلاج مسترخياً ومتسامحاً، وغالباً ما يسترخي المريض على الأريكة ويشجع على ذكر كل ما يشعر به دون خوف أو نقد أو نصح أخلاقي من جانب المعالج. ولكي يحصل كل من المعالج والمريض على أدلة لتفكير المريض اللاشعوري فإنه يطلب منه أن يذكر أحلامه (التي يفترض أن دوافعه اللاشعورية تكشف عن نفسها فيها بطريقة رمزية) أو يدع عقله ينطلق بحرية بحيث أن كل ارتباط يقود إلى ارتباط آخر دون محاولة التحدث عن شيء معين بالذات. وهذا الأسلوب الأخير هو ما يطلق عليه التداعي الحر. وأحياناً يطلب من المرضى أن يطلقوا لأنفسهم عنان التداعي الحر حول الأمور التي تظهر لهم في أحلامهم. وقد يقوم المعالج أحياناً بتفسير أو شرح معنى ما قاله أو فعله المريض حتى يستطيع المريض أن يفهم دوافعه اللاشعورية.

ويطلق على إظهار المواد المكبوتة أو اللاشعورية التفريغ الانفعالي. ويؤدي كل من التفريغ الانفعالي والتفسير إلى الاستبصار، أي إدراك الفرد الشعوري لدوافعه والأسباب اللاشعورية وراء سلوكه. وعندما يدرك الفرد دوافعه الحقيقية فإن المفروض أنه يصبح قادراً على التعامل معها عن طريق الأنا، مخففاً بذلك من الأعراض ومؤدياً إلى توافق أكثر ثباتاً. ومن المفروض في أثناء العلاج أن يبدأ المريض تدريجياً في الشعور بالمعالج كبديل للأب (التحويل)؛ ولما كان المعالج أكثر تسامحاً فإن ذلك يؤدي في النهاية إلى إضعاف قيود الأنا الأعلى. وكذلك «يحول» المريض مشاعره السلبية نحو والديه إلى المعالج، ويمر في مرحلة طويلة لا يتعاون خلالها بانطلاق في العمليات العلاجية. وهذا التحويل السلبي ينبغي فهمه وشرحه في ضوء خبرات الطفولة، وهذه بدورها ينبغي أن تستكشف بالتفصيل. والأنا الأعلى لا يستسلم بسهولة، ففي أثناء العلاج يلجأ المريض إلى أساليب متنوعة لتفادي محاولات إظهار المادة اللاشعورية. والعلاج الناتج من هذا عملية تتطلب وقتاً طويلاً، فهو قد يستمر عدة سنوات، وحتى في هذه الحالة غالباً ما يعتبره المعالج والمريض علاجاً غير ناجح. وباختصار، يؤدي كل من التسامح والتحويل الموجب إلى التفريغ الانفعالي. والتفريغ الانفعالي مع التفسير

والعمل على مواجهة التحويل السلبي يؤدي في النهاية إلى الاستبصار وسيطرة الأنا على الدوافع.

وقد طبقت ميلاني كلين Melanie Klein، وأنّا فرويد Anna Freud وهما من أتباع سيجمند فرويد هذه الطريقة في علاج الأطفال. والاختلاف الرئيسي لعلاج الأطفال عن علاج الراشدين هو أن الأطفال يعبرون عن دوافعهم اللاشعورية عن طريق اللعب بدلاً من المشاركة في التداعي الحر وتحليل الأحلام. وفي حين تقدم أنّا فرويد قليلاً من التفسير، فإن ميلاني كلين تفسر للطفل سلوكه بأسلوب شبيه بالتفسير الذي يقدمه المحلل في التحليل النفسي للكبار. وهنا أيضاً يكون أسلوب العلاج طويلاً وممتداً وفي كثير من الأحيان لا يؤدي إلى تحسن ملموس.

وقد انبثق من أساليب التحليل النفسي للعلاج عن طريق اللعب عدد من الأساليب التي تحتاج إلى فترات أقصر والتي أكدت تأكيداً كبيراً فكرة التفريغ الانفعالي أو التعبير عن المكبوتات اللاشعورية. ومن المفروض في مثل هذه الإجراءات أن تظهر الفوائد العلاجية للطفل نتيجة لتعبيره عن نفسه التعبير الحق عن طريق الرسم بالأصابع، واللعب العدواني بالعرائس، وفرقعة البالونات، والسماح له بالتلطيخ بالرمل والطين، وغير ذلك. وتستند مثل هذه الأساليب على الاعتقاد بأن نواة الصعوبات التي يواجهها الطفل هي العداوات المكبوتة التي يحتاج إلى أن يعبر عنها حتى يتحسن حاله.

وأدت هذه الطريقة في العلاج إلى استبصارات متعددة خاصة بالنواحي الخفية للشخصية. ومع ذلك يرى الكثيرون أن طريقة العلاج هذه تستغرق وقتاً طويلاً جداً، وأنها غير كافية، وأنها باهظة التكاليف بحيث لا يمكن استخدامها مع معظم الناس. وقد لاحظ فرويد وكثير من المحللين النفسيين الآخرين أنفسهم أن الطريقة ليست ملائمة لأنواع عديدة من المرضى بما فيهم السيكوباتيين والذهانيين والمرضى الذين يقل ذكاؤهم عن المتوسط.

وعلى الرغم من أن عدداً كبيراً من الأساليب الأحدث، والتي تتطلب فترة زمنية أقصر قد توصل إليها أتباع لسيجمند فرويد، وأصحاب نظريات يختلفون عنه في تصورهم لطبيعة الإنسان اختلافاً أساسياً، إلا أن جميع طرق العلاج تقريباً تستخدم أسلوباً أو آخر من الأساليب الخاصة التي استخدمها فرويد

وهي: التقبل الشخصي، والتسامح، والتحويل، والتفريغ الانفعالي، والتفسير، والاستبصار.

طريقة أدلر في العلاج النفسي

كان الفريد أدلر Alfred Adler من أوائل زملاء فرويد، وقد انفصل عنه فيما بعد بسبب الاختلاف على عدة مسائل نظرية هامة، وأسس مدرسة فكرية خاصة به أطلق عليها «علم النفس الفردي». واحتفظ أدلر بفكرة فرويد في أن السلوك مدفوع أو موجَّه نحو هدف ما، وأقر بأن الفرد لا يدرك عادة دوافعه الخاصة، ومعنى سلوكه أو دلالته، ومع ذلك فهو لم يقسم النفس إلى قسمين شعوري ولاشعوري أو إلى نظم مختلفة من الطاقات الغريزية.

وأشد ما رفضه أدلر من نظرية فرويد هو تأكيده على الدافع الجنسي على أنه دافع أساسي سواء بالنسبة للطفل، أم بالنسبة للراشد؛ وثانياً رفضه لفكرة أن الغرائز نفسها هي محددات السلوك. وقد عارض أدلر بخاصة تأكيد فرويد الذي يكاد يكون شاملاً تقريباً لدور سلوك الوالدين في تحديد شخصية الطفل وتوافقه، وبدلاً من ذلك أكد أدلر ما أطلق عليه ديناميات الأسرة ككل، وأكد بصورة أقوى أهمية مركز الطفل بين إخوته، وما ينشأ بينهم من تنافس، وكذلك تكوين الأسرة بوجه عام. فمثلاً، إذا كان هناك طفلان يتشابه والداهما ولكن أحدهما طفل وحيد والآخر يأتي بين أخوة ثلاثة أو أكثر، فإننا نجد لكل منهما شخصية تختلف عن الآخر تماماً. وقد رفض أدلر الغرائز باعتبار أنها دوافع السلوك، وأكد بدلاً من ذلك أنه لما كان جميع الأطفال يولدون في هذا العالم لا حول لهم ولا طول، وغير قادرين على إطعام أنفسهم أو القيام بأي عمل للحصول على أي إشباع، وأنه من الضروري لهم أن يعتمدوا على الآخرين في سبيل البقاء، فإن كل طفل يتكون لديه شعور بعدم الملاءمة أو الدونية. وقد شعر أدلر بأن التعويض أو التعويض المبالغ فيه عن الضعف والنقص لدى الإنسان ومعظم الحيوان خاصية بيولوجية. ولما كان كل فرد يشعر بعدم الملاءمة أو الضعف، فإن كل فرد يحاول أن يعوض، أو أن يعوض تعويضاً زائداً، عن هذا الضعف الذي يشعر به، وذلك بأن يسعى للتفوق أو الحصول على القوة والسيطرة. وكل طفل، نتيجة لخبراته الخاصة الفريدة، يتعلم أن يعوض عن

نقصه بطريقة مختلفة معتمداً في ذلك على ما يراه وسيلة للحصول على القوة. ويطلق أدلر على الطريقة التي يتخذها الطفل للنضال في سبيل التفوق «أسلوب الحياة» ويشعر أدلر بأن الطفل حين يطور أسلوباً عُصَابياً أو باثولوجياً (مرضياً) للحياة، فإن ذلك إنما يكون نتيجة لتفسيره الخاطىء للبيئة التي يعيش فيها. وإليك بعض الأمثلة:

ولد يرى أن أخته تنال الحظوة لدى والديها قد يقرر أنه يجب أن يتشبه بأخته باتخاذ صفات الأنوثة لكي يصبح محبوباً وقوياً. وطفل آخر يرى والديه في عراك مستمر ويكتشف أن الأعلى صوتاً منهما ولأطول مدة ممكنة هو الذي يفوز، فيعتقد لذلك أن عليه أن يجادل وأن يقاتل في سبيل كل شيء حتى يحصل عليه. وطفل ثالث يشعر بأنه منبوذ ومستبعد من والديه بسبب أخ له حل محله، ولكنه يشعر بأنه كلما مرض عاد إليه اهتمام والديه به فيقدمان له مرة أخرى كل الاهتمام والحب اللذين كانا له قبل مولد إخوته، ونتيجة لذلك تظهر لديه شكاوى جسمية متعددة ويصبح «طفلاً رقيقاً».

ويقول أدلر أن هؤلاء الثلاثة الذين وصفت حالاتهم قد نموا «أسلوباً خاطئاً للحياة»، فرؤيتهم للعالم المحيط بهم من مركزهم الخاص الفريد دون خبرة ملائمة أدت بهم إلى بلورة وجهة نظر مشوهة عن العالم بأكمله. وبمجرد تنميتهم لأسلوب معين للحياة فإنهم يفشلون في التعلم من الخبرات الجديدة لأنهم يفسرون كل خبرة منها في ضوء الخبرات التي سبق أن نموها. وبعبارة أخرى، إنهم يدركون الأحداث الجديدة بطريقة مشوهة، ونتيجة لذلك فهم لا يتعلمون إطلاقاً من «أخطائهم».

وعلى الرغم من أن هذا رسم تخطيطي لعلم النفس الفردي الذي قال به أدلر، إلا أنه يقدّم ما فيه الكفاية لأن يوحي بأن أسلوب أدلر في العلاج النفسي يختلف اختلافاً كبيراً عن أسلوب فرويد من نواح عدة. ويحاول أيضاً أتباع أدلر في عملهم مع الكبار أن يوفروا جواً متسامحاً كما يحاولون أن يكتشفوا بدقة خبرات الطفولة المبكرة للفرد، وخاصة ما يتعلق منها بالتنافس بين الإخوة، وتحويل الحب، وتدليل الوالدين أو نبذهم، والفشل في تعلم التعاون، والفشل في تعليم الطفل الاستقلال والثقة بالنفس والاتجاهات نحو الدور الاجتماعي للجنسين. وإذا ما استكشفوا هذه الطفولة المبكرة، فإن أتباع أدلر يميلون إلى

تفسير سلوك المرضى الحالي كنتيجة لهذه الخبرات المبكرة وأسلوب الحياة الخاطىء الذي تكوّن آنذاك.

وأتباع أدلر يميلون أيضاً إلى توكيد الثقة في نفوس المرضى فيما يتعلق بإمكانياتهم وقدراتهم. ويرى أدلر أن «الشجاعة» تعوز معظم المرضى العصابيين، وأنهم في سعيهم للتفوق كانوا يخافون من الفشل، وأن أعراضهم لم تكن في الواقع سوى دفاعات ضد الفشل. فالإصابة بالصداع قبل الامتحان، والاعتذار بمرض أحد الوالدين لتجنب مشكلات الزواج، بالإضافة إلى الكثير من أعراض الذهان الأشد غرابة والأندر حدوثاً، هي في نظر أتباع أدلر دفاعات، أو أساليب يستخدمها المريض ليباعد بين نفسه وهدفه ليتفادى بذلك امتحاناً لقدرته على الملاءمة.

ولكي يتغلب المريض على بعض مشاعر الدونية ونقص الشجاعة هذه، يستخدم أتباع أدلر التشجيع وبث الثقة في نفوس مرضاهم. وهم يحاولون أيضاً إخراج الفرد من «حُكمه الذاتي»(*) بحيث لا يحبطه الخوف من الفشل الشخصي. وبهذا الغرض يفسرون للمريض عجزه عن الشعور الاجتماعي، وأهمية تنمية الاهتمام الاجتماعي والاعتراف بأن لديه مثل هذه المشاعر ولكنه لم يعطها التعبير اللازم.

وفي الوقت الذي ترك فيه فرويد المسؤولية للأنا حال الوصول إلى الاستبصار، فقد حاول أدلر أن يواجه طبيعة التغير بصورة أقوى. فالعلاج الناجح في نظر المعالج الذي يتبع أدلر هو العلاج الذي يجعل المريض أكثر إنتاجية وأكثر عطاء من الناحية الاجتماعية بعد العلاج عنه قبله.

ولما كانت صعوبات المريض تنشأ عادة من وجهة نظره المشوهة أو الخاطئة أو كما يقول أدلر أحياناً عن «نقص التفكير السليم»، فإن الأسلوب العلاجي ينحو إلى أن يكون عقلياً، أي أن أدلر يعتمد إلى حد كبير على العقل لمساعدة المريض على أن يفهم وجهات نظره الخاطئة.

وفي علاج الأطفال أكد أدلر على علاج الآباء، وإعادة تربيتهم، وأكد بوجه خاص على دعوة الآباء والمدرسين وغيرهم من الراشدين الذين يعيشون مع الطفل، على الاعتراف بحاجة الطفل إلى الاستقلال، وحاجته إلى الشعور بقيمته، وقدرته على القيام بما يعتبره الآخرون أمراً له قيمة، وضرورة تعليم

الطفل في وقت مبكر التعاون، وإسداء المعروف للآخرين. وإذا كان الأمر يتطلب رؤية الطفل مباشرة لأغراض العلاج فعلى المعالج أن يراه فترة قصيرة، وذلك غالباً لتشجيعه ومساندته في أوجه النشاط البناءة.

وبمعنى من المعاني، يطلب فرويد مريضه أن ينكر التفكير السليم، وأن يعتقد أن ما يراه سلوكاً بسيطاً إنما هو في الحقيقة تعبير عن قوى لا شعورية غامضة. وأما أدلر فهو، على العكس، يعتمد على المعايير الاجتماعية أو التفكير السليم للمجتمع حتى يرى المريض وجهة نظره المشوهة. ومن الواضح وبصرف النظر عن فعالية الأسلوبين النسبية، فإن أسلوب أدلر هو الأسهل وأنه يتطلب وقتاً أقصر. والعلاج وفقاً لأدلر يتميز بأنه قصير، ويميل إلى الاعتماد على العقل، واستخدام التشجيع، وبذر الثقة في النفوس، وفيه يميل المعالج إلى أن يفسر أكثر، وبطريقة مباشرة، وإلى توجيه طبيعة التغيرات التي تحدث لدى المريض نحو عطاء اجتماعي أكثر.

وثمة مراجعات أخرى متعددة لنظرية فرويد يطلق عليها عادة المدارس الفرويدية الحديثة. منها المدرسة التي بدأها أوتو رانك Otto Rank، وسوف نتناولها في الفقرة التالية، ولكن معظم المدارس الأخرى مثل مدرسة كارن هورني Karen Horney، وهاري س. سليفان Harry S. Sullivan، واريك فروم Erich Fromm تمثل نوعاً من التوفيق بين وجهات نظر فرويد ووجهات نظر أدلر، وإن يكن معظمها أكثر إلتصاقاً بأدلر.

طريقة رانك في العلاج النفسي

كان أوتو رانك زميلاً آخر لفرويد، انشق عليه، وبدأ حركة خاصة به. وقد توصل رانك من دراساته التحليلية للأفراد إلى افتراض صدمة الميلاد. فانفصال الوليد عن الرحم تنتج عنه، كما يرى رانك، صدمة نفسية تؤدي به إلى أن يخشى تكرر الانفصال طوال حياته. وهذا الخوف من الانفصال أو الوحدة يؤدي إلى الاعتماد على الآخرين، أو الرغبة في التشبث بهم، وهو ما يشعر رانك أنه الأساس الأعمق المسبب لمعظم السيكوباثولوجيا (الأمراض النفسية والعقلية) وسوء التوافق.

وكمعظم الذين ابتعدوا عن التحليل النفسي الفرويدي، عارض رانك

أولوية الدافع الجنسي باعتباره التفسير الأساسي لسلوك الإنسان الناشىء عن دافع. وقد مال رانك ـ كأدلر ـ إلى رفض أهمية اللاشعور باعتباره مخزناً للطاقة، وكذلك إلى رفض ضرورة كشف الدوافع اللاشعورية باعتبار أنها الخطوة الأولى في العلاج النفسي. ومعنى ذلك من وجهة نظر أدلر أن يكون العلاج علاجاً مباشراً للمريض على المستوى الذي قد يطلق عليه المحلل مستوى الأنا، وبالتالي تفسيراً أكثر مباشرة وعلاجا أقصر مدة. وجاء رانك فدفع بهذه الأفكار إلى أبعاد أعظم.

ومن المثير للاهتمام أنه عندما حضر رانك للولايات المتحدة من النمسا، أقام اتصالات قوية بمدارس الخدمة الاجتماعية، وكان عمله هو نصح مدرسي الإخصائيين الاجتماعيين الذين كانوا يعملون مع الأسر المعانة، عن كيفية معالجة المشكلات الشخصية لأفرادها. وكان من الواضح أن التحليل التقليدي غير ملائم إلى حد كبير، وأن المشكلة الأساسية التي كان يواجهها كثير من هؤلاء المرضى كانت الاتكالية. ولم يكن لدى الإخصائيين الاجتماعيين الوقت اللازم للتدريب المتعمق في الديناميات النفسية، وأن أي طريقة يستخدمونها كان ينبغي أن تكون ملائمة لمستوى ما كان لديهم من التدريب والمعرفة في هذا المجال. وعلى ذلك فليس بمستغرب أن تتجه أفكار رانك أكثر فأكثر نحو طريقة للتعامل مع المرضى لا تنطوي على تحليل معقد للدافعية اللاشعورية والخبرة الماضية.

وقد أكد رانك أن الدخول في غياهب الماضي لا يخدم غرضاً مفيداً، بل أنه يُثَبِّت المريض في الماضي المؤلم، تاركاً إياه عاجزاً عن معالجة مشكلاته الراهنة. ولذلك فقد رفض كلاً من التفريغ الانفعالي، والاستبصار بأصول صراعاته الراهنة، معتبراً أن كلاً منها ليس ضرورياً أو مفيداً بوجه خاص لتحقيق التغير لدى المريض. وكان من الواضح أيضاً لرانك أن العمل مع أفراد يعتمدون على الآخرين اعتماداً شديداً سوف يجعل من الصعب على المعالج، إذا ما انغمس هؤلاء في «التحويل» التحليلي النموذجي، أن ينهي علاجهم، وأن يساعدهم في الوقوف على أقدامهم. لقد شعر رانك أن العلاقة بين المريض والمعالج ينبغي أن تحفز المريض من اللحظة الأولى نحو الاستقلال.

وقد أكدت طريقة رانك ـ على النحو الذي ظهرت به تدريجياً ـ المناقشة بين المريض والمعالج مع نبذ جريء من جانب المعالج لمحاولات المريض الاعتماد

على المعالج. لقد كان التركيز على تحليل المشكلات الراهنة أكثر منه على تحليل الماضي. وقد استخدم رانك ـ دون اللجوء إلى التفريغ الانفعالي والاستبصار ـ فكرة قوة الإرادة في توضيح لماذا ينبغي أن يصبح الناس أفضل، وهي فكرة كانت سائدة في أوروبا في ذلك الوقت. وكانت الإرادة في تصوره، ملكة إنسانية أخرى تفسر مجهودات الإنسان نحو الحصول على أهدافه. وقد شعر أن كل فرد لديه هذه القدرة التي سوف تسمح له إذا ما وجهت نحو المسالك الإنشائية بأن يقوم بحلول أفضل لمشكلاته. وعلى ذلك فالغرض من العلاج ـ في رأي رانك ـ هو إيقاظ الإرادة البناءة للمريض، وبالعمل على هذا النحو، يقوم المعالج بدور الإرادة المعارضة(*). وقد ترجمت جيسي تافت Gessie Taft وهي إخصائية اجتماعية كتابات رانك، كما كتبت أيضاً «ديناميات العلاج» واصفة آراء رانك ومطبقة إياها في ميدان الخدمة الاجتماعية، وقد وضعت مصطلح العلاج العلاقي لوصف هذه الطريقة.

ويبدو أن آراء رانك وتافت كان لها بعض التأثير على كارل روجرز Carl Rogers، وفريدريك ألن Frederick Allen، وهو طبيب عقلي طبق آراء رانك على العلاج باللعب مع الأطفال. ومع ذلك، فإن مصطلح «الإرادة البناءة» لم يكن مصطلحاً مقبولاً في علم النفس الأمريكي، وقد استبدل ألن به فكرة تقبل الذات الإبداعي. ويتحقق مثل هذا التقبل بتحرير الفرد من «القلق» و «المشاعر المضطربة»، وعن طريق تعميم العلاقة التي يحققها المعالج في العلاج باللعب. ويرى ألن، متمثلاً بما في البيولوجيا، أن عملية النمو تتضمن تمايزاً وتكاملاً، وأن من الضروري للطفل قبل أن يبدأ النمو السيكولوجي أن يميز نفسه عن الآخرين، وبخاصة الراشدين الذين يتحكمون في البيئة التي يعيش فيها.

وقد قبل كارل روجرز، متبعاً آراء رانك، المبدأ العام بأن العلاج يمكن أن يجري دون تحليل الماضي. بل إنه يرى التغير العلاجي يحدث من خلال قدرة المريض على أن يحل مشكلاته بنفسه كلما تعمق فيها كنتيجة لتقبل المعالج لمشاعر المريض وعكسها أمامه. ونظرية روجرز تؤكد أيضاً اعتماد المريض على الآخرين أساساً، وكذلك أهمية تمايزه عن الغير، وانفصاله عنهم. وهو مثل رانك وألن،

(*) الإرادة المعارضة Counterwill عند رانك هي القدرة على معارضة الآخرين أو معارضة الفرد لرغباته. وهذه القدرة، في رأي رانك، هي نواة الشخصية (المترجم).

يفسر التغير على أساس أنه تحرير «إمكانية النمو» لدى المريض. وقد أسقط فيما بعد هذا المصطلح مفضلاً عليه مصطلح «تكامل الذات» لكي يصف به العملية الداخلية التي تفسر التحسن الذي يحدث نتيجة العلاج. ويصر روجرز على رفض أهمية الماضي بصورة أشد من تلك التي رفضها به القائلون بالعلاج العلاقي. وهو لا يشعر فقط بأن المعالج لا يحتاج إلى اكتشاف الماضي لفائدة المريض، بل إنه ليشعر أيضاً أن هذا السعي وراء الماضي لا يخدم غرضاً مفيداً للمعالج. والحق أن مثل هذا الاتجاه التشخيصي من جانب المعالج يتعارض مع إدراكه الحدسي لمشاعر المريض التي يفترض أنه يقوم بتوضيحها له.

ويشعر روجرز أن تفسير معنى السلوك للمريض يميل بالفرد إلى أن ينظر إلى نفسه من وجهة نظر المعالج أكثر منه من وجهة نظره هو، ولذلك فهو يعارض مثل هذا التفسير مستبدلاً اياه بجوّ من التسامح يشجع فيه المريض على التعبير عن نفسه بحرية. ويقوم المعالج بتوضيح مشاعر المريض من خلال إدراكه الحدسي لها حتى يستطيع المريض أن يستبصرها، وحتى يشجعه ذلك على اكتشافها بدرجة أعمق (وليس من الواضح دائمًا كيف يصبح المعالج قادراً على تفسير مشاعر المريض دون تفسير محتويات عباراته). ويتوقع المعالج من المريض أن يعبر بالتدريج عن مشاعره أكثر فأكثر، وأن يصل إلى إدراك أفضل لها. والنتيجة الطبيعية لهذا الإدراك، من وجهة نظر روجرز، هي تكامل الذات والتخلص من المشاعر والانفعالات المتصارعة. ويرى روجرز أنه إذا ما تخلص المريض من صراعاته الداخلية فإنه يصبح قادراً بصورة طبيعية على أن يجد لنفسه أساليب تمكنه من الحصول على توافق جيد.

ومن الواضح أن مثل هذه النظرة للعلاج تتطلب من المعالج اتجاهاً أو إطاراً فكرياً أو نوعاً من الشخصية أكثر مما يتطلبه أي نوع من أنواع التدريب الخاصة الأخرى. وطريقة روجرز في العلاج تفتح الطريق أمام أناس من تخصصات مختلفة للاشتغال بالعلاج دون أن تتطلب منهم برامج تدريبية طويلة أو تحليلاً نفسياً لهم، أو خلفية طبية. وقد انتشر كتابه «الاستشارة والعلاج النفسي» *Counseling and Psychotherapy* الذي صدر في وقت مبكر، وقبل النمو السريع لعلم النفس الإكلينيكي في أعقاب الحرب العالمية الثانية، وقرىء على أوسع نطاق. وقد وجه روجرز اهتمام السيكولوجيين بالبحث والاتجاهات

المرتبطة به في ميدان العلاج، وفتح استخدامه للمقابلات العلاجية المسجلة المنشورة، الباب أمام السيكولوجيين الآخرين للقيام بالبحوث في هذا الميدان.

ومن النتائج الجانبية المثيرة للاهتمام من حركة روجرز إنكاره لضرورة التشخيص، أو حتى وصف خصائص الفرد الشخصية، وكلما ازداد تقبل السيكولوجيين الإكلينيكيين لاتجاه روجرز كلما قل اهتمامهم بالأساليب التشخيصية. وبالاضافة إلى ذلك، فإن التحرر من وهم صدق الأساليب في الممارسة العامة قد أدى إلى اهتمام متزايد بالأساليب العلاجية، وخاصة حيث تتوفر إمكانية العلاج النفسي.

وعلى الرغم من أن روجرز قد دعا كثيراً من السيكولوجيين إلى الشعور بأن العلاج النفسي مجال شرعي للتطبيق لديهم، إلا أنهم كثيراً ما اختلفوا اختلافاً قوياً مع طرق روجرز وأسلوبه في تناوله نظرية الشخصية.

وفضلاً عن ذلك، فقد أسهم روجرز إسهاماً كبيراً في تطور العلاج النفسي عن طريق تأكيده للجلسات العلاجية المسجلة التي يمكن دراستها وتحليلها، وعن طريق محاولاته وضع طريقة فعالة في العلاج كانت تستغرق فترة أقصر بشكل واضح من كثير من الطرق الأخرى. وحتى مع هذا فإن كثيراً من السيكولوجيين يشعرون بأن العلاج محدود جداً فيما يتعلق بأنواع المرضى الذين يستطيع مساعدتهم مساعدة لها قيمتها. وكذلك تتضمن الصياغة التي وضعها روجرز عن العلاج وطبيعة الشخصية مفاهيم من الصعب قياسها، وبالتالي فإن من الصعب إن لم يكن من المستحيل اختبار صدق كثير من أفكاره.

طريقة التعلم الاجتماعي في العلاج النفسي

يعتبر التطور الشامل لنظرية التعلم من أهم إسهامات علم النفس الأمريكي. ونتيجة لهذا فقد بذلت مجهودات لتطبيق نظرية التعلم على مشكلات العلاج النفسي على أيدي جون دولارد John Dollard، ونيل ميللر Neal Miller، وهوبارت مورر Hobart Mowrer. وقد انبثق نموذج التعلم الذي استخدمه هؤلاء من دراسة الأنواع الأدنى من الإنسان في التجارب المعملية المضبوطة ضبطاً دقيقاً والبسيطة نسبياً. والفقرة التالية تتناول تطبيق نظرية التعلم على العلاج النفسي، على أساس نظرية التعلم الاجتماعي التي قال بها مؤلف هذا الكتاب والتي سبق

وصفها. وهذه النظرية تقوم على أساس البحوث الخاصة بالبشر في تفاعلهم الاجتماعي المعقد نسبياً. ومشكلات العلاج النفسي، من وجهة النظر هذه هي مشكلات كيفية إحداث تغييرات في السلوك من خلال تفاعل شخص مع آخر، أي أنها مشكلات في التعلم الإنساني في مواقف اجتماعية.

وسوف نتذكر أن قوة (أو إمكانية حدوث) السلوك الموجّه نحو هدف وفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي، تعتمد على توقع الفرد أن يؤدي السلوك إلى النتيجة المرغوبة، كما تعتمد على قيمة هذه النتيجة بالنسبة له. واحتمال حدوث مجموعة من أنواع السلوك المرتبطة في موقف معين يطلق عليه إمكانية الحاجة. ويطلق على توقع أن تؤدي هذه الأنواع من السلوك إلى مجموعة من الأهداف أو التدعيمات أو الإثابات، حرية الحركة. ويطلق على أهمية القيمة أو قيمة تفضيل التدعيمات، قيمة الحاجة. ولفهم تطبيق نظرية التعلم الاجتماعي على العلاج النفسي بوجه عام، ينبغي علينا أن نناقش بعض المفاهيم الإضافية.

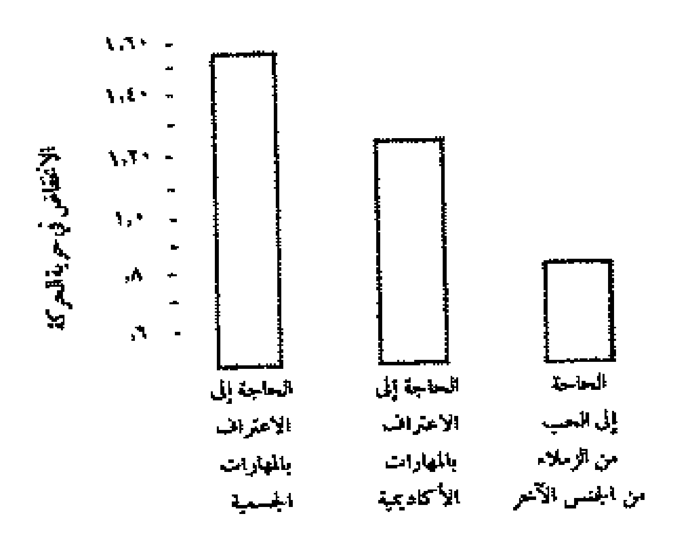
عندما تكون حرية الحركة منخفضة وقيمة الحاجة عالية ـ أي أنه عندما يكون توقع الفرد الحصول على إشباع معين يرغب فيه منخفضاً ـ ينشأ عادة السلوك الدفاعي أو غير الواقعي. وبدلاً من أن يتعلم الفرد كيف يحقق أهدافه، فإنه يتعلم كيف يتجنب الفشل والإحباط الناشئين عن عدم تحقيق أهدافه، أو أن يدافع عن نفسه ضدهما، أو أن يحاول أن يصل إلى أهدافه بطرق غير واقعية.

وانخفاض حرية الحركة قد ينشأ عن نقص في معرفة الفرد أو في قدرته على اكتساب أساليب السلوك الملائمة للوصول إلى أهدافه. (فمثلاً طالب الكلية الذي يأتي من مدينة صغيرة والذي يرغب بشدة في الحصول على تقبل اجتماعي من الفتيات قد لا يكون خجولاً، ولكنه لا يعرف أساليب التقارب المقبولة من الجماعة الجديدة التي انضم إليها). وقد يكون انخفاض حرية الحركة أيضاً نتيجة لطبيعة الهدف نفسه الذي قد يؤدي في كثير من الحالات إلى عقوبات قاسية في مجتمع معين (فبعض الناس يرغبون رغبة قوية في تجنب المسؤولية، ويطالبون الآخرين بتحمل مسؤوليات أعمالهم. ولكي يحققوا هذا يصبح من الواجب عليهم أن يتجنبوا دور الكبار الراشدين في كثير من المواقف، وبعملهم هذا فإنهم كثيراً ما يغضبون الناس منهم بسبب حاجتهم للوم الآخرين). وقد

ينتج توقع خاطىء للفشل من تعميم خبرات الإحباط من ميدان من ميادين الحياة إلى ميدان آخر. فالطفل الذي يتعلم، مثلاً، أنه لن يستطيع أن يتفوق في الرياضة بسبب شلل جزئي في ساقه، قد يعمم هذا الشعور بعدم الملائمة إلى مجالات أخرى ويشعر أن الأطفال الآخرين لا يحبونه بسبب عجزه عن اللعب مثل غيره. ومثال لذلك الطفل الذي لا يحصّل إلا قليلاً في المدرسة، ويشعر بأن من الصعب أن يحصل على درجات يقبلها والده ومدرسوه، فيشعر بأن الأطفال الآخرين أيضاً سوف ينبذونه لأنه «غبي».

ويتضح حدوث مثل هذا التعميم في دراسة قام بها فوجهن كراندال Vaughn Crandall . فقد وضع كراندال طريقة لقياس حرية الحركة من القصص التي يرويها المفحوصون عن صور من نوع تلك الصور المستخدمة في اختبار تفهم الموضوع (أنظر الفصل الرابع). وضع كراندال سلسلتين متكافئتين من الصور تتكون كل منها من تسع صور لقياس حرية الحركة في ثلاثة مجالات من مجالات الحاجات، كل مجال منها تمثله ثلاث صور. وأحد هذه المجالات هو الاعتراف بالمهارة الجسمية (التآزر الرياضي)، والمجال الثاني هو الاعتراف بالمهارة الأكاديمية، أما المجال الثالث فهو الحاجة إلى الحب أو العطف من الجنس الآخر. وقد قدم كراندال سلسلة واحدة من الصور لمجموعة من المفحوصين تتكون من ثلاثين مفحوصاً من الذكور، ثم طلب منهم القيام بأعمال صعبة، إن لم تكن مستحيلة، تتطلب التآزر، وقد فشلوا جميعاً في ذلك. وبعد ذلك قدم لهم السلسلة الثانية المكونة من تسع صور لكي يقيس مدى التغير في حرية الحركة التي حدثت في جميع مجالات الحاجات الثلاث عندما يواجه المفحوص إحباطاً في مجال الحاجة إلى الاعتراف بالمهارة الرياضية فقط. وقد قامت مجموعة من المحكمين بتصحيح القصص على مقياس لحرية الحركة متدرج من صفر إلى ٧. وقد طلب من ستة وثلاثين مفحوصاً يكونون مجموعة ضابطة لم تتعرض لخبرة الفشل التي أعقبت عرض السلسلة الأولى من الصور، ولكنها قضت فترة معادلة من الوقت في نشاط «محايد»، طلب منهم أن يرووا قصصاً عن السلسلة الثانية من الصور، والشكل رقم ٣ يوضح نتائج هذه الدراسة.

لاحظ مقدار الانخفاض في حرية الحركة في مجالات الحياة الثلاثة للمجموعة المحبطة مقارنة بالمجموعة الضابطة. ومن الواضح أن توقع الفشل



شكل رقم ٣: الفرق في مقدار انخفاض حرية الحركة في مجموعة كراندال التجريبية بالمقارنة إلى مجموعته الضابطة (من البيانات التي أوردها فوجهن ج. كراندال: دراسة في نوعية التدعيم للإحباط المستحدث(١)).

نتيجة للإحباط إزداد زيادة لها دلالتها لدى أفراد المجموعة التجريبية في مجال الاعتراف بالمهارات الجسمية، وكذلك زاد توقع الفشل زيادة لها دلالتها، وليس بنفس القدر، في مجال الاعتراف بالمهارات الأكاديمية المرتبط به بعض الارتباط، وكذلك زاد توقع الاحباط ولكن بدرجة أقل، في مجال أقل ارتباطاً وهو مجال الإرضاء الذي يحصل عليه من الزملاء من الجنس الآخر. ولكن لما كان الإحباط في مجال المهارات الجسمية، فإن هذه الدراسة برهنت كيف أن توقعات الفشل قد تعمم من حاجة إلى الحاجات الأخرى.

وقد تنشأ حرية الحركة المنخفضة أيضاً من التقويم «الخاطىء» للحاضر بسبب الخبرات المبكرة. (فمثلاً الفتاة التي كانت أختها تتمتع بقدر من الجمال أكبر منها، ولذلك كان يقدرها أبوها تقديراً كبيراً، قد تنشأ وهي ترى نفسها «قبيحة»، ولا تتوقع أن يحبها شاب من الشبان على الرغم من أنها في الحقيقة فتاة جذابة وفقاً لمعايير الجمال السائدة). وباختصار، قد يكون مصدر الصعوبة الأساسي بالنسبة لفرد ما هو نقص المعرفة بالسلوك الضروري أحياناً، وأحياناً أخرى قد يكون طبيعية الأهداف، وأحياناً ثالثة التوقعات الخاطئة. هذا المفهوم

---

(١) Vaughn J. Crandall, «An inverstigation of the specifity of reinforcement of induced frustra - tion», *J. of social Psychol. 41*, 1955, 41, 311 - 318.

لحرية الحركة المنخفض، أو توقع الفشل والعقاب يتداخل إلى حد ما مع مفهوم «القلق» الذي استخدم في مناهج البحث الأخرى.

ومظهر آخر هام لانخفاض حرية الحركة يرتبط بمفهوم المستوى الأدنى للهدف، وذلك هو أنه في أي موقف من المواقف يمكن أن تترتب النتائج الممكنة للسلوك على مقياس مدرج من التدعيم الموجب العالي جداً إلى التدعيم السلبي الشديد الانخفاض جداً، أو من الثواب إلى العقاب. والنقطة النظرية في هذا الترتيب التي يتحول فيها الناتج من الإيجاب إلى السلب يطلق عليها المستوى الأدنى للهدف. وهذا المفهوم يمكن أن يطبق أما على سلسلة من الأهداف من نوع واحد (مثل التقديرات المدرسية أ، ب، جـ، د، هـ)، أو على أي تركيبة للنتائج الممكنة في موقف معين أو مجموعة من المواقف. فالفرد قد تكون حريته للحركة منخفضة على الرغم من أنه قد يبدو عادة ناجحاً من وجهة نظر الآخرين لأن التدعيمات التي يحصل عليها تكون عادة أقل من المستوى الأدنى للهدف الخاص به. ومن أمثلة الأهداف الدنيا المرتفعة الطالبُ غير السعيد والمضطرب الذي حصل على تقدير واحد «ب» مع ثلاث تقديرات «أ». ومثال آخر الفتاة ذات الأهداف المرتفعة جداً فيما يتعلق بالمركز الاجتماعي والتي تخجل حين تشاهد مع شاب ليس عضواً في «أفضل» جماعة من جماعات الأخوة في الجامعة. ومثل هذه الأهداف الدنيا المرتفعة تتضمنها في كثير من الحالات مشكلات حرية الحركة المنخفضة. ويجب تأكيد أن الأهداف يمكن أن تكون من أي نوع: معنوية وأخلاقية وإنجازية وجنسية ووجدانية وتسلطية واتكالية وهكذا. وفي نظرية التعلم الاجتماعي تعتبر أية مجموعة من التدعيمات المرتبطة وظيفياً ويسعى الفرد للحصول عليها أساساً لافتراض حاجة، ومن الممكن أن نحدد لها إمكانية حاجة، وحرية حركة، وقيمة حاجة.

ومن الأساليب الممكنة لكي نزيد من حرية حركة المريض للأهداف التي يقوّمها تقويماً عالياً أن نغير من أهمية الأهداف نفسها بالنسبة له. وقد يكون هذا ضرورياً للشخص الذي يواجه هدفين متضاربين أو أكثر لكل منها قيمة عالية بحيث يتضمن إشباع أحدها إحباطاً للآخر. ومن أمثلة ذلك الشخص الذي يشعر في نفس الموقف برغبات قوية نحو الذكورة والاتّكالية. ومثال آخر نجده في المريض الذي تقوده أهدافه كالرغبة في السيطرة والتحكم في الآخرين إلى

الصراع مع حاجات الآخرين، وينتهي أخيراً بعقاب عاجل وآجل على السواء. ومثال ثالث نجده في الفرد الذي تتميز أهدافه بأنها عالية بصورة غير واقعية، كالرجل الذي يعتبر وجود أية علامة على الخوف في نفسه برهاناً على أنه لا يتمتع بالذكورة بالقدر الكافي، ويذهب إلى أبعد الحدود لكي يتجنب أي «برهان» على نقص ذكورته.

وكما لوحظ آنفا فإنه في بعض الحالات على الرغم من أن أهداف المريض قد تكون واقعية بما فيه الكفاية وملائمة لجماعته، وعلى الرغم من أن توقعاته تقوم أساساً على المواقف الحاضرة بصورة دقيقة، إلا أن مشكلته تقع في أنه تعلم سابقاً طرقاً غير ملائمة لتحقيق هذه الأهداف. وهنا يمكن أن ننظر إلى هذه المشكلة على أنها مشكلة تربوية، وغالباً ما يجد الإكلينيكي أن عليه أن يعلّم المريض السعي وراء طرائق بديلة للوصول إلى أهدافه، سواء كأسلوب عام في معالجة المشكلات، أو كطريقة للحصول على إشباعات خاصة في مواقف الحياة الجارية. والافتراض بأنه بمجرد أن يتخلص الإنسان مما لديه من اضطراب داخلي أو صراع أو كبت، فإنه يصبح تلقائياً قادراً على أن يجد الطرائق الملائمة التي توصله إلى أهدافه هو افتراض لا يبدو أن هناك برهاناً يدعمه.

وتؤكد نظرية التعلم الاجتماعي، فيما يتعلق بالتنبؤ بالسلوك، أهمية الموقف السيكولوجي بالإضافة إلى الحالات الداخلية. فالفرد المسيطر الذي لا يأبه بالآخرين والمتعلق بالسلطة في العمل قد يكون مستكيناً في بيته ومتودداً لأسرته. والأستاذ المعتزل الخجول اللين المعاملة غالباً ما ينقلب إلى مجادل مرتفع الصوت ومشاهد عدواني في مباريات كرة القدم. والطفل الذي تعلم أن «يحصل على ما يبغيه في بيته» قد يكون مسايراً للنظام في المدرسة بمجرد أنه يعرف أنه سوف يخضع للتأديب لما يصدر عنه من سلوك غير مقبول في هذا الموقف. وبالمثل، إن الطفل الذي لا يسبب أي إشكال في الجو الودي الدافىء في البيت قد يكون عنيداً عدوانياً في المدرسة حيث يشعر بأن الآخرين يتجاهلونه ويعاملونه معاملة غير عادلة. والشخصية، من وجهة النظر هذه، لا تتكون من خصال تكون جميعها في داخل الفرد نفسه، بل إنها إمكانية الاستجابة بطريقة ما في موقف معين. والميل العام لإهمال أهمية الموقف ينشأ من أسلوب البحث الذي يعتمد على وجهة النظر القديمة في الشخصية التي اعتبرت المرض كياناً قائماً

بذاته، والتي افترضت أن العامل المحدد الحاسم في السلوك هو ظروف داخلية موجودة بصرف النظر عن الموقف المعين الذي يجد فيه الفرد نفسه. إن من الواضح أن الموقف الاجتماعي المعين لا يؤثر على تطور الإصابة بمرض الحصبة تأثيراً خطيراً، وقد افترض أن الاضطرابات النفسية أو العقلية هي من طبيعة مشابهة.

وثمة أمران ينتجان عن تأكيد الموقف السيكولوجي في تحديد السلوك، وهما: ١ ـ إن من واجب الإكلينيكي أن يبذل محاولة أكبر لتنمية فهم المريض للمواقف المختلفة والتمييز* بينها، بما في ذلك فهم أفضل للآخرين، و ٢ ـ إن عليه أن يحسن استخدام عوامل التحكم البيئي، أي معالجة المحيط الذي يعيش فيه الفرد لإحداث تغيرات في سلوكه.

ويمكن أن نرى من الفقرات السابقة أنه توجد إمكانيات متعددة لتغيير السلوك. فالفرد يستطيع أن يتعلم أساليب جديدة من السلوك، أو أن يزيد من إمكانية أساليب السلوك القديمة في مواقف معينة، وقد يتعلم أساليب أو طرائق جديدة لحل المشكلات، وقد يغير من توقعاته القديمة أو القيم التي يُضْفيها على بعض الأهداف، وقد يخفض من الحد الأدنى لأهدافه، أو أن يكتسب فهماً أفضل فيما يتعلق بأي أساليب السلوك أكثر ملاءمة للمواقف المختلفة.

وعلى الرغم من أنه من غير الممكن وصف كيفية إحداث هذه التغيرات المختلفة في هذا العرض الموجز، إلا أنه من الممكن أن نلخص بعض الخصائص الأساسية لتطبيق نظرية التعلم الاجتماعي في العلاج النفسي.

لما كان المرضى يقدمون على العلاج بدوافع متباينة وخبرات سابقة مختلفة، فمن المفروض أن تتنوع شروط التعلم وظروفه المثلى من مريض لآخر. ومن خصائص العلاج الذي يتبع وجهة نظر التعلم الاجتماعي أن أسلوب العلاج يجب أن يتناسب مع المريض، ويتطلب هذا مرونة كبيرة في أساليب المعالج، نظراً لعدم وجود أسلوب خاص يمكن أن ينطبق على جميع الحالات. ولما كان بعض المعالجين أكثر فعالية في استخدام أساليب معينة، وأقل فعالية في استخدام أساليب أخرى، فمن المؤمل أن تتم في النهاية مراعاة نوع من ملاءمة المرضى للمعالجين وفقاً لقواعد منظمة. وحتى يتم ذلك، سوف يعمل المعالجون النفسيون مع أنواع الحالات وبالأساليب التي يرون أنفسهم أكثر فعالية بالنسبة لها.

وثمة خاصية عامة أخرى من خصائص نظرية التعلم الاجتماعي وهي تطبيق اتجاه حل المشكلات على صعوبات المريض. فمن الممكن عادة فهم المرضى في ضوء فشلهم في مقابلة تحديات التوافق في مجتمعهم وفي استخدام إمكانياتهم أو مميزاتهم. وبالتالي، فالنظرية تؤكد تنمية مهارات حل المشكلات وتطويرها مثل السعي وراء الطرائق البديلة للوصول إلى الأهداف، وتحليل نتائج السلوك، وفهم دوافع الآخرين، ومحاولة تحليل كيفية اختلاف موقف عن غيره من المواقف.

ولما كان المعالج يدرك عمله على أنه في جزء منه توجيه لعملية التعلم ـ أي أنه لا توجد فقط أساليب واتجاهات سلوكية غير ملاءمة ينبغي إضعافها أو إلغاؤها فقط بل ينبغي أيضاً تعلم بدائل أكثر إرضاء وفعالية ـ فإن نظرية التعلم الاجتماعي تميل إلى إلقاء دور إيجابي قوي على عاتق المعالج. فهو أكثر فعالية في تقديم التفسير للمريض، وفي القيام بطريقة مباشرة بتدعيم أو إثابة أنواع معينة من السلوك الأفضل، وفي مساعدة المريض على إيجاد بدائل جديدة لتناول المشكلات. ومن الضروري لكي يقوم المعالج بكل هذا بنجاح أن يثق المريض به، وأن يقبل بحكمه الموضوعي في الموقف. وبالتالي، فالمعالج الجيد شخص «ودود» يستطيع أن ينقل لمرضاه اهتمامه بهم.

وفي عملية تغيير طبيعة أهداف الحياة وقيمها، ينبغي على المعالج أن ينظر في كيفية ربط هذه الأهداف بالإشباعات المستقبلة. فقد يحصل المريض على إرضاءات في حياته الراهنة نتيجة لقدرته على السيطرة على شريكه في الحياة الزوجية أو أبنائه، ولكنه لا يدرك أن النتائج البعيدة المدى لمثل هذا السلوك سوف تتضمن إحباطات خطيرة. ومن خصائص نظرية التعلم الاجتماعي أنها لا تؤكد فقط استبصار الإنسان في دوافعه الخاصة من حيث تطورها نتيجة خبرته الأولى، بل كذلك استبصاره في دوافع الآخرين، واستبصاره في العواقب البعيدة لسلوكه الخاص.

وأخيراً، فإن المعالج الذي يأخذ باتجاه التعلم الاجتماعي يميل إلى أن يستخدم التغير في البيئة استخداماً كبيراً لكي يحدث التغير في الشخصية. وفي علاج المقابلة وجهاً لوجه، سواء مع الأطفال أم الكبار، قد يحدث المعالج ذلك بأن يغير من اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع المريض، وذلك بمعالجة

الشركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين، أو تقديم المشورة لهم احياناً. وقد يحقق ذلك بتغيير بيئة الفرد ـ بتغيير المدرسة، أو العمل، أو جماعة اللعب، أو الجماعة التي يعيش بينها. ومن الطبيعي أن يتم عادة مثل هذه التغييرات مع الأطفال عن طريق التشاور مع الآباء والمدرسين. أما مع الكبار فإن مثل هذه التغييرات تتم عن طريق المناقشة المباشرة لما يستحسن فعله، ونتائج محاولتهم القيام بمثل هذه المحاولات لتغيير ظروفهم البيئية الخاصة.

وإذا أخذنا بنظرية التعلم بمعنى أوسع فإننا نراها تنطوي على أن العلاج النفسي تفاعل اجتماعي، فالمعالج يساعد المريض على أن يحقق تفاعلاً متبادلاً مُرضيا وبنّاء مع بيئته الاجتماعية. والقوانين والمبادىء التي تحكم السلوك في المواقف القائمة بين الأفراد تنطبق تماماً على موقف العلاج.

وعلى الرغم من أن المؤلف يشعر بوضوح أن نظرية التعلم الاجتماعي تبشر بمستقبل عظيم في تطور أساليب للعلاج النفسي تكون أكثر فعالية، وقائمة على أسس علمية، إلا أنه ينبغي ملاحظة أن هناك عملاً كبيراً لا يزال محتاجاً للإنجاز قبل أن تتحدد بسهولة الظروف المثلى للتعلم بالنسبة للأفراد المختلفين. إن الكثير مما ينبغي على نظرية التعلم الاجتماعي أن تسهم به في هذا الميدان هو توجيهها الذي يشير إلى طريق القيام بالبحوث والتطوير في المستقبل(*).

طرائق تعديل السلوك

على الرغم مما تتضمنه نظرية التعلم الاجتماعي من أشكال متنوعة من طرائق العلاج النفسي إلا أن أنواعاً خاصة منها قد صممت كتطبيق لطرائق

(*) السلوك اللاسوي، في رأي القائلين بنظرية التعلم الاجتماعي هو سلوك انحرف عن مجموعة المعايير التي تأخذ بها جماعة ما، أي أنه خروج الفرد عن النظام أو القيم أو المعايير التي رسمتها الجماعة، ومن ثمة فالفرد محتاج إلى نوع من المساعدة أو العلاج لرده إلى السلوك المقبول من جماعته أو من ذويه أو منه هو نفسه.

وفي حدود نظرية التعلم الاجتماعي لا نجد ما يحتم وجوب القيام بالعلاج ولا من يقوم به إذ أنهما من أحكام القيم، ولكن إذا ما تقررت المساعدة أو العلاج فإن على نظرية التعلم الاجتماعي أن تمد المعالج بالقواعد والأساليب التي تؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة.

ويشير روتر وأنصاره إلى أن للمعالج تأثيراً على المريض ليس فقط من فهمه لنفسه بل أيضاً في فهمه لأساليب سلوكه المختلفة، وأهدافه المحددة وأحكامه الأخلاقية، ومن ثمة يتحمل المعالج

الإشراط في التعلم. ومن هذه الطرائق الطريقة التي ارتبطت حديثاً بجوزيف ولبه Joseph Wolpe[1]، وقد أطلق عليها العلاج الاسترخائي، أو العلاج بالتقليل من الحساسية الانفعالية. فوولبه يعتقد أن القلق المتعلم هو في الأساس لكثير من المشكلات العصابية. وفي رأيه أن القلق نفسه، أو السلوك الذي ينميه الفرد حتى يهرب من القلق، مثل السلوك القهري والأفكار المسيطرة والأعراض الأخرى، هي نفسها المشكلة أكثر منها مظهراً لها كما يعتقد المحلل النفسي. وتقوم طريقة وولبه على أساس الاعتقاد بأن الفرد إذا وجب عليه أن يقوم بالاستجابات المتعارضة مع استجابات الخوف في حضور المثيرات التي تثير عادة استجابة القلق، فإن استجابات القلق المتعلمة والاستجابات غير التوافقية التي تسببها للتقليل من الخوف (الأعراض) سوف تقتلعها الاستجابات المتعارضة التي تدرب عليها المريض حديثاً وتحل محلها. وهو يطلق على طريقته الكفّ المتقابل أو المتبادل. ويحاول وولبه أن يحدد المثيرات المعينة التي تسبب استجابة القلق ثم يجعل الفرد، بالتدريب أو العقاقير، يقوم باستجابات استرخائية لهذه المثيرات بدلاً من استجابة القلق.

وقد ظهرت مجموعة أخرى من طرائق العلاج نتيجة لأبحاث ب. ف. سكينر B . F . Skinner على الإشراط الأدوي (أو الإجرائي)، وفي هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية للمثيرات التي كانت تؤدي في الماضي إلى استجابة لا توافقية عن طريق التدعيم الإيجابي. فإذا كانت الاستجابة صعبة، فإنها تبنى تدريجياً بأسلوب يطلق عليه التشكيل. فالطفل الذي فشل ذووه في تدريبه على النظافة، مثلاً، يمكن اعطاؤه حلوى لمجرد أن يذهب إلى الحمام، على الرغم من أنه قد جاوز السن الذي تدرب فيه معظم الأطفال الآخرين على النظافة. فإذا ما تعلم الطفل أن يقوم بذلك دون عراك أو مقاومة أمكن أن يطلب منه الذهاب إلى الحمام عند احتمال ظهور حاجته إلى الإخراج بطريقة لا

** نصيبه من المسؤولية في التغير الذي يحدث وتوجيه هذا التغيير والتحكم فيه، وعلى المعالج كذلك أن يمد المريض بما يمكنه من إشباع أكبر بتوجيهه نحو الأهداف التي يقيمها أو التي تشبعه في الحدود المتاحة له، وأن يمنعه من اكتساب أنواع من السلوك أو القيم الضارة به، هذا مع إدراك المعالج بأن المريض قادر على تحمل مسؤوليته في المجتمع على الأقل بالدرجة التي تمكنه من العطاء للآخرين بالقدر الذي يقدمونه له [المترجم]

(١) Joseph Wolpe and Arnold Lazarus, *Behavior Therapy Techniques,* (New York: Pergamon Press, 1966).

إرادية، ثم يثاب الطفل عندما يتم الإخراج ثواباً كبيراً بحلوى أكثر ومديح قوي، وأخيراً يثاب الطفل بنفس الطريقة عندما يخبر والديه أن عليه أن يذهب إلى الحمام.

ويبدو أن هناك قليلاً من الشك في أن مثل هذه الطرق يمكن أن تساعد في استبعاد أنواع خاصة من المخاوف، وفي دعوة الفرد للقيام باستجابات نوعية مرغوبة. وفي كثير من الحالات قد تكون المشكلة أكبر وأكثر تشعباً بحيث لا تفيد فيها مثل هذه الطرائق، وفي بعض الحالات قد تكون أساليب تعديل السلوك مفيدة فقط باعتبارها مجرد جزء من برنامج علاجي أوسع.

العلاج البيئي

كثيراً ما لوحظ أن التغير في سلوك الآباء أو اتجاههم قد يكون أشد تأثيراً وبدرجة كبيرة في تغيير سلوك الطفل أو شخصيته من عدد كبير من ساعات العلاج وجهاً لوجه مع معالج نفسي. وتقارير الحالات التربوية هي الأخرى مملوءة بأمثلة من التغيرات الملحوظة في سلوك أبناء المدارس الجانحين أو المعوقين عندما ترى المدرسة أن من المناسب أن تقر لهم بمهارة ما، أو أن تمنحهم مركزاً له أهميته في الصف الدراسي. ومن ناحية أخرى، واجه كثير من المعالجين صعوبة بالغة في مساعدة الطفل عن طريق العلاج وجهاً لوجه عندما يعيش في بيئة دائمة العقاب والنبذ له. ولذلك فأي مناقشة واقعية للعلاج يجب ألا تقتصر على أسلوب العلاج وجهاً لوجه، ولكن ينبغي أن تشمل المشكلات العملية المتضمنة في تناول بيئة المريض وتغييرها والتحكم فيها.

ولأسباب مختلفة (بعضها عملي وبعضها قانوني وبعضها تقليدي) كان من السهل عادة إحداث تغيرات أكثر في البيئة بالنسبة للأطفال منها بالنسبة للكبار. ولذلك كانت مناقشة طرق تناول البيئة - فيما عدا التوجيه المهني على الأقل - تعالج بالنسبة للأطفال عادة. ولا يرجع الأمر إلى مجرد وجود عجز عملي فقط لما يمكن لأي معالج أن يفعله للسيطرة على بيئة الكبار (فمن الصعب مثلاً الوصول إلى الأزواج ورؤساء العمل عادة أكثر مما هو الحال بالنسبة للمدرسين والآباء)، بل إن الخصائص التي يهتم بها المعالج بالنسبة للكبار تتميز عادة بأنها أكثر ثباتاً، وأنها محدودة بصورة أقوى بخبرات الحياة. فمن المنطقي، إذن، أن

تتنوع أساليب العلاج الأكثر فعالية مع زيادة السن بطريقة مباشرة. ولعل المعالجين عملوا في هذا المجال أكثر من غيرهم بسبب ما جرى عليه العرف أكثر منه بسبب أي نواحي عجز حقيقية، وإن امكانية مساعدة الكبار للحصول على توافق أكبر من خلال التعامل مع الآخرين في البيئة كان أمراً مهملاً نسبياً. وربما كنا في حاجة إلى مزيد من البحث في علاج الأزواج أو التعامل معهم، وكذلك الرؤساء والمشرفين في بعض الحالات على الأقل.

العلاج البيئي للكبار

سوف نعرض بإختصار في الفقرات التالية بعض الملاحظات عن بعض من أساليب العلاج البيئي المستخدمة عادة مع الكبار. وينبغي الاعتراف بأن الكبار يقضون معظم وقت يقظتهم في العمل. وعلى ذلك، فإن موقف العمل المشبع للفرد يجعله أكثر احتمالاً للإحباطات الأخرى، في حين أن العمل غير المشبع للفرد يجعله لا يتحمل الإحباطات البسيطة. وفي مجتمعنا، نجد ضغطاً شديداً على الرجال وضغطاً ضئيلاً نسبياً على النساء ليحققوا امراً ذا قيمة عن طريق العمل الذي يؤدونه. وفي خلال المجهودات التي يبذلها الأفراد لمقابلة هذه المطالب، يواجه كثير منهم مشكلات خطيرة. وفي بعض الحالات تصبح مساعدة الفرد على أن يحصل على نوع مختلف من العمل (أو ربما الحصول على عمل من أي نوع) مظهراً رئيسياً للعلاج السيكولوجي. والغرض هو بالطبع التقليل من الضغط أو الإحباط الذي يقع المريض تحت تأثيره، وتزويده بشعور أكبر من الرضا وتقبل الذات، والشعور بالقيمة أكثر مما يشعر به في الظروف الحاضرة التي يمر بها.

وثمة نوع آخر من أنواع العلاج البيئي للكبار وهو عبارة عن تغيير اتجاهات الأفراد المتّصلين بالمريض. ويتطلب ذلك العلاج من وقت إلى آخر أو العلاج المنظم للأزواج أو الأفراد الآخرين الذين يرتبط بهم المريض ارتباطاً قوياً. وقد زاد انتشار مثل هذا العلاج في عيادات الصحة العقلية، وفي علاج المرضى الخارجيين من الذهانيين المضطربين اضطراباً خطيراً.

والعلاج في المستشفى قد يصبح علاجاً بيئياً في حد ذاته. فمن المعروف أن المريض يودع في المستشفى، إما لوقايته من الأضرار بنفسه، أو لحماية

المجتمع منه، أو للحصول على علاج معين «للمرض» الذي يشكو منه. وقد كان من المفروض بوجه عام أن يقوم مستشفى الامراض العقلية كما هو الحال بالنسبة لمستشفي الأمراض الجسمية بمدّ المريض بنوع معين من العلاج، ولكن تصوراً جديداً لمستشفى الأمراض العقلية بدا في التطور والظهور، وأخذ التجريب يجري بشأنه، وذلك باعتبار المستشفى بأكمله بيئة علاجية. وهذا التطور يؤدي إلى زيادة مشاركة المريض في إدارة المستشفى وفي العلاج. كما أنه يتضمن أيضاً تغييراً في انتقاء العاملين في المستشفى وتدريبهم ونشاطهم، وكذلك تغييراً في الأفراد الذين يشتركون في أنواع معينة من العلاج. والهدف هو جعل المستشفى نفسه جواً علاجياً يستطيع المريض أن يطوِّر فيه اتجاهات ومفاهيم جديدة للذات.

العلاج البيئي للأطفال

في الفقرات التالية سوف نناقش بإيجاز بعض الصور الرئيسية للعلاج البيئي الخاص بالأطفال، مشيرين إلى الوظيفة الرئيسية للسيكولوجي الإكلينيكي في هذه الاجراءات.

الإيداع في المؤسسات: تحويل الطفل من أسرته وإيداعه إحدى المؤسسات يعتبر بوجه عام واحداً من أكثر أساليب العلاج قسوة، وهو أسلوب ينبغي تجنبه كلما أمكن أن يحل محله أسلوب بديل. ومهما تكن إدارة المؤسسة جيدة، فمن الصعب على العاملين بها أن يحلوا محل الأسرة فيما يتعلق بتزويد الطفل بالحب والاهتمام. وفضلاً عن ذلك، فإن إيداع الطفل الجانح يزيد عادة من شعوره بأن المجتمع ينبذه، وأن أحداً لا يهتم به، وبالتالي ترجح إمكانية ازدياد سلوكه المضاد للمجتمع. ومن المحتمل أن تكون مؤسسات الجانحين قد خرجت من الجانحين الكبار أكثر مما أبعدت عن طريق الجريمة من أطفال.

ومع ذلك، فهناك حالات تكون فيها البيئة المنزلية سيئة بسبب النبذ القاسي، أو عدم الاهتمام لدرجة يصبح من الضروري معها تحويل الطفل لكي نزيد من فرص توافقه على المدى البعيد. والمشكلة الرئيسية لعدد كبير من السيكولوجيين الإكلينيكيين الذين يعملون في مثل هذه المؤسسات هي مواجهة شعور الطفل بأنه أصبح منبوذاً أو مهملاً من المجتمع.

الإيداع لدى أسر الحضانة (الأسر البديلة): وفي بعض الأحيان عندما يصبح من الضروري إبعاد الطفل عن أسرته يمكن تجنب إيداعه في إحدى المؤسسات بوضعه في حضانة إحدى الأسر حيث يرحب به بحرارة. ومن الأمور الهامة التي يجب أن يرعاها السيكولوجي الإكلينيكي الذي يشارك في عملية الإيداع هذه أن يطابق بين الطفل والوالدين اللذين سوف يحتضنانه أو يتوليان رعايته. وعلى الإكلينيكي أن يفهم فهماً جيداً لا شخصية الطفل وحده بل شخصية الوالدين اللذين يحتضنانه، وقدرتهما على تحمل بعض أنواع السلوك، وقدرتهما على إشباع حاجات الطفل.

المخيمات والأندية: من الممكن بالنسبة لكثير من الأطفال (وبالأخص الذين يتميز آباؤهم بالانتقاد المبالغ فيه، أو الذين يبالغون في فرض القيود على أبنائهم، أو الذين يفرطون في تدليلهم، أو العناية بهم والقلق عليهم) أن يعوضوا جزئياً عن النقص الذي يتصف به جو الأسرة غير الصحي عن طريق التعلم الاجتماعي الذي يكتسبونه خارج الأسرة. ومع ذلك، فإن مجتمع الطفل أو جماعة اللعب التي تعيش في جواره قد لا يرضي أحياناً هذه الحاجة، إما لأن الطفل يخشى من الانضمام إلى هذه الجماعة، أو لأنها لا تتقبله. وفي بعض الأحيان قد لا تزوده مستويات خصائص السلوك في المناطق التي يعيش فيها (كما في مناطق الجناح) بالتعلم الملائم. وعندما يحتاج جو المنزل إلى أن يستكمل بمجموعة من الأنداد الأصحاء، والتي قد لا تتوفر، فإنه يصبح من الأهمية بمكان وضع الطفل، في مجموعة منتقاة خصيصاً لتساعده على أن يحصل على تقبل الآخرين، وتقبل ذاته، والاستقلال بنفسه. ومثل هذه الجماعات قد تكون بوجه خاص ذات فائدة للطفل الذي يتمتع بحماية زائدة أو تدليل مبالغ فيه، والذي ينبغي عليه أن يتعلم الأخذ والعطاء العاديين في المعيشة مع الآخرين على قدم المساواة. وقد تكون الأندية والصفوف التي تسبق المدرسة والمخيمات الصيفية ذات فائدة كبيرة جداً لمثل هذا الطفل. وقد يتيح المخيم الصيفي فرصة التنفس للطفل ووالديه عندما يسود الصراع العنيف جو المنزل، فكل واحد منهم يجد فرصة لتغيير اتجاهاته في جو يخلو من الصراع المستمر. وعند تقديم مثل هذا العلاج، يجب على الإكلينيكي أن يتأكد من أن الطفل لا ينظر إليه على أنه وسيلة لإبعاده عن الأسرة أو على أنه دليل على نبذ الوالدين له.

الإفادة من المدرسة في إجراءات العلاج: وتأتي المدرسة بعد البيت من حيث شدة تأثيرها على نمو الطفل. ومن الممكن إرجاع كثير من الخصال التي يتميز بها مجتمع الكبار إلى عمليات التدريب المدرسي. ومن الواجب على السيكولوجي الإكلينيكي ـ سواء كان يعمل كجزء من النظام المدرسي، أم مستقلاً في عيادة خارجية ـ في علاجه للأطفال المشكلين أن يعمل وهو على صلة وثيقة بالمدرسين والمسؤولين في المدرسة، إذا أراد أن يفهم الأطفال، وأن يساعدهم للوصول إلى توافق أفضل. ومن السهل أن نملأ مجلداً ضخماً بما يمكن للمدرسة أن تقوم به للمساعدة على تكيف الأطفال، وبما تقوم به أحياناً من إضرار بهذا التوافق، وما يستطيع السيكولوجي الإكلينيكي أن يساهم به في مساعدة المدرسة، وسوف نذكر هنا بإيجاز بعض الطرق التي تستطيع بها المدرسة أن تساعد الطفل المشكل.

إن معرفة الفرد بأن في استطاعته القيام بأعمال يقدرها الآخرون أمر ضروري لإسعاد أي طفل أو لجعله أكثر توافقاً. وفي المدرسة بالذات ـ وإلى حد كبير ـ يستطيع الطفل أن يحصل على مثل هذا الشعور أو يفتقده. فعندما يكون الصغير محدود القدرة أو عاجزاً عن الحصول على درجات عالية يصبح من شأن المدرس أن يشعره بأن مجهوداته محل تقدير، وأن ما يقوم به أمر له قيمته. وقد يأخذ ذلك أحياناً مظهر اكتشاف مواهب أخرى أو الاعتراف بما لديه منها مثل القدرات الفنية أو التعاونية أو الموسيقية أو الرياضية. ويستطيع المدرس، وكذلك الموجه الخاص، أن يساعد في إشباع حاجات الطفل إلى تقبل الآخرين له وحبهم ومودتهم، وخاصة حين تكون حاجة الطفل عظيمة إلى مثل هذه الإشباعات بسبب انعدامها في البيت. وفي المدرسة أيضاً يتعلم الطفل الشيء الكثير عن المنافسة والتعاون. فالطفل الذي يخشى من التنافس، والذي ينسحب من أوجه النشاط المختلفة بسبب خوفه من الفشل، يمكن مساعدته في المدرسة بأن نشعره بأنه لا يزال محبوباً على الرغم من فشله، وأن الفشل ليس سوى إحدى الخطوات الخاصة من بين جميع الجهود التي تبذل في سبيل الإنجاز، وأن التقدم هام كالانتصار. وفيما يتعلق بالتعاون فإن مجتمعنا، وصناعاتنا، وأسرنا تقوم على أساس الحاجة إليه. فالطفل المنعزل الذي لا يجد أخوة متقاربين معه في السن، وليس عضواً نشيطاً في جماعة لعب من جماعات الجيران، يفشل عادة

في أن يتعلم ضرورة التعاون مع الآخرين لكي يحصل على التقبل في مجتمعنا. والأطفال الذين يتميز سلوكهم بالتمركز حول ذاتهم، أو الذين يتنافسون بصورة صريحة، أو الذين ينقصهم التقبل الاجتماعي يستطيعون تعلم أساليب التعاون وقيمته في المدرسة، سواء بالأساليب العادية في الفصل الدراسي، أو بالعناية الخاصة من المدرس، أو غيره.

علاج الآباء: يعتبر علاج الآباء من وجهة نظر علم النفس عند أدلر وفي نظرية التعلم الاجتماعي أساسياً بالنسبة لعلاج الأطفال. فبصرف النظر عما يمكن عمله من حيث إيداع الطفل في مخيم أو ناد، وما تستطيع المدرسة القيام به، وما يمكن أن يتحقق عن طريق العلاج المباشر للطفل إلا أنه من الصعب جداً تحقيق تغييرات مفيدة دائمة في الطفل ما لم تكن اتجاهات الآباء وأساليب سلوكهم بحيث تؤدي إلى مثل هذه التغييرات.

واتجاهات الآباء وأساليب سلوكهم نحو مشكلات الطفل هي عادة نتيجة لسوء الفهم، أو النقص في معلوماتهم عن خصائص أبنائهم بالذات، أو العجز عن إدراك العلاقة بين سلوكهم وسلوك الأطفال. ولكن من الممكن تغيير اتجاهات الآباء وأساليب سلوكهم بلقاءات قصيرة نسبياً مع السيكسولوجي الإكلينيكي، أي أنهم يستطيعون أن يحققوا تغييرات هامة في أساليب سلوكهم عن طريق التربية السليمة أو التفسيرات أو النصائح التي تقدم لهم. ومن الطبيعي أن يتطلب الأمر مهارة فائقة لإدراك اين تقع المشكلة، وفي ذكر التغييرات الضرورية التي ينبغي على الآباء القيام بها بطريقة يستطيعون فهمها وتقبلها.

ومع ذلك، ففي كثير من الحالات نجد أن سلوك الآباء هو انعكاس لسوء توافق خطير لديهم، وأنه من الضروري القيام بعلاجهم علاجاً دقيقاً طويل المدى قبل أن يستطيعوا القيام بهذه التغييرات. وعلى الرغم من أن مثل هذا العلاج يبدأ عادة بالتركيز على مشكلة الأطفال، إلا أنه يتحول عادة إلى الآباء أنفسهم ومشكلاتهم. فمثلاً، عندما يكون سلوك الآباء نحو أطفالهم نتيجة لحاجاتهم القوية الصريحة للسيطرة والتحكم، أو عندما يحاول أحد الوالدين أو كلاهما أن يحصل من الطفل على الحب الذي يفتقده في شريك حياته الذي لا يهتم به أو الذي يلومه، أو عندما يسعى أحد الوالدين للحصول، عن طريق

مجهودات أبنائه، على المكانة والاعتراف اللتين فشل هو في الحصول عليهما، فإنه يصبح من الضروري بوجه عام إجراء تغييرات في توافق الوالدين نفسيهما قبل أن يستطيعا الاستجابة بطريقة مغايرة لأبنائهما. ومن الممكن القيام بجميع أنواع العلاج الممكن على اختلاف مداها، من النصح البسيط إلى العلاج المتعمق الطويل المدى مع أحد الوالدين أو كليهما، ويصبح من عمل الإكلينيكي لا أن يقوم بهذا العلاج فحسب، بل أن يقرر أيضاً درجة العلاج الذي ينصح به ونوعه.

العلاج النفسي الجمعي

من مظاهر الممارسة العملية للعلاج النفسي التي أخذت في النمو بسرعة، علاج مجموعة من الأفراد ذوي المشكلات المتشابهة في وقت واحد. لقد كان من نتائج الحرب العالمية الثانية أن طلب من السيكولوجيين الإكلينيكيين في المؤسسات العسكرية، بسبب العجز في أفراد الفئات الأخرى، أن يقوموا بالعلاج النفسي الجمعي. وقد تكونت مثل هذه الجماعات في السجون، ومراكز النقاهة، والمستشفيات، ومراكز التدريب. وكان يطلق على هذه الاجتماعات في معظم الأحيان «جلسات التذمر أو الشكوى»، إذ كان الافتراض الأكثر شيوعاً هو أنه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من عداواتهم المكبوتة بالتعبير أو التحدث عنها، فإنهم يصبحون أقل عداوة لمطالب السلطة، أو أكثر إدراكاً لها. وعلى الرغم من أن نجاح هذه الجلسات كان موضع تساؤل (إذ شعر بعض الملاحظين أنها كانت تنمي من العداوات أكثر مما تقضي عليها)، إلا أنها دعت كثيراً من السيكولوجيين الإكلينيكيين إلى ممارسة العلاج النفسي الجمعي. وقد استمر السيكولوجيون في استخدام هذا الأسلوب مع كل من الأطفال والكبار منذ الحرب العالمية الثانية.

وللعلاج النفسي الجمعي فائدة مزدوجة. فهو أولا علاج اقتصادي. ولما كان عدد الذين يحتاجون إلى العلاج النفسي أكثر بكثير من عدد السيكولوجيين المدربين على العلاج، فإن علاج عدة أشخاص في وقت واحد يمكن أن يكون ذا أهمية اجتماعية كبيرة.

والفائدة الثانية لهذا العلاج هي أنها قد تكون في حد ذاتها أكثر فعالية

بالنسبة لبعض أنواع المرض. فالفرصة المتاحة للمرضى لأن يتبادلوا خبراتهم مع غيرهم ممن يعانون من نفس المشكلات، ولأن يلاحظوا صعوباتهم ويناقشونها في علاقتها مع مشكلات الآخرين، ولأن يتعلموا أساليب اجتماعية جديدة، كلها أمور ممكنةٌ في المواقف الجماعية، ولكن من الصعب الحصول عليها في جلسات العلاج النفسي الفردي. وفي الجلسات الفردية يلعب المعالج عادة دوراً فريداً في علاقته مع المريض بحيث لا تكون خبرات المريض مع المعالج نمطاً مماثلا للعلاقات مع الآخرين في الحياة الحقيقية. وفي معظم الأساليب الجمعية يتواجد المعالج للإثارة، والتحكم، والتفسير، والتحديد، وغير ذلك (وفقاً لاتجاهه النظري)، ولكن المشتركين يتفاعلون أساساً فيما بينهم.

وقد عولج مرضى كثيرون بأمراض مختلفة عن طريق الجلسات العلاجية الجمعية. وفيما عدا المجموعات التي تجتمع معاً لسماع محاضرة أو لحضور مناقشة، فإن حجم المجموعات يتراوح بين ثلاثة أشخاص إلى خمسة عشر شخصاً. ومجموعات الأطفال والمراهقين قد تتضمن اللعب وأوجه النشاط الخاصة، وقد تتكون من الجانحين، والمصابين بالربو، والمتلجلجين، والمغرقين في عدوانهم أو انعزالهم. ولا يجتمع في العلاج الجمعي أطفال من جميع الأنواع فقط، بل وكذلك أمهات الأطفال الذين يعانون مشكلات متشابهة. وبالنسبة للكبار فقد تكونت جماعات علاجية من المجرمين، والعصابيين، ومدمني المخدرات، ومتعاطي الخمور، والمرضى العقليين تحت العلاج، والمرضى العقليين الذين يتهيأون لمغادرة المستشفيات، والمصابين بالجنسية المثلية ـ وباختصار المرضى من أي نوع كانوا تقريباً.

وليس من الممكن أن نناقش هنا مختلف أنواع الأساليب والمفاهيم العديدة المستخدمة في العلاج النفسي الجمعي، فبالإضافة إلى تطبيق مفاهيم العلاج النفسي الفردي مثل تطبيق س. ر. سلافسون S. R. Slavson للتحليل النفسي، وتطبيق فرجينيا اكسلين Virginia Axline لطريقة كارل روجرز في المواقف الجمعية، فقد استعيرت مفاهيم وأساليب من كثير من المصادر. فاستخدم بشكل واسع النطاق أسلوب ج. ل. مورينو J. L. Moreno في السيكودراما، والمشتقات المتعددة للسيكودراما حيث يمثل المرضى مختلف مواقف الحياة فيقومون فيها بدورهم والأدوار التي يقوم بها الأشخاص المهمون بالنسبة

لهم. وقد طبقت أيضاً مبادىء القيادة والتفاعل بين الجماعات المأخوذة من علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي في العلاج النفسي الجمعي.

ومن الممكن القول بأن أنواعاً متعددة من الأساليب الجديدة إلى حد ما تجرب في الوقت الحاضر وهي أساليب تقوم على أساس علم النفس الوجودي. فجماعات المواجهة، وجماعات الحساسية، وجماعات الماراثون، وجماعات الوعي بالجسم، وجماعات الوعي بالذات هي بعض من الأسماء التي أطلقت على هذه الجماعات التي يبدو أنها تؤكد تأكيداً شديداً على فهم الإنسان لنفسه، وتعبير الفرد عن مشاعره العميقة في موقف الجماعة، واكتشاف حقيقة ما يشعر به الآخرون نحوه. وحتى الآن لم تتجمع لدينا سوى بيانات ضئيلة فيما يتعلق بكفاية هذه الأساليب، ولكنها لم تهدف إلى أن تكون علاجا للمرضى فحسب، بل كخبرة «نمو» «للأسوياء» مما يجعل من الصعب إقامة معايير واضحة لتحديد فاعليتها.

وعلى الرغم من أن هذه المبادىء لم تُصَغْ بصورة واضحة إلا أن هناك اقتناعاً بأن العلاج النفسي الجمعي يهيّىء فرصاً خاصة، ولم يعد ينظر إليه على أنه مجرد مجهودات جماعية في سبيل نفس أهداف العلاج الفردي ذاتها، بل أنه موقف خاص تتوفر فيه الفرصة للمريض لأن يتعلم معايير الجماعة، وفيه يمكن إثابته لاهتمامه الاجتماعي ومهاراته الاجتماعية، وفيه يستطيع أن يتعلم بطريقة أكثر فعالية عن استجابات الآخرين لسلوكه الاجتماعي الخاص به.

التوافق، والعلاج النفسي، والقيم الاجتماعية

لقد افترضت المناقشات السابقة معرفة من الذي ينبغي أن يعالج نفسياً، وما هي أهداف العلاج النفسي. ويبدو من الواضح بقدر كاف أن المرضى العقليين، أو المضطربين عقلياً، أو سيئي التوافق هم مرضى، ويحتاجون إلى العلاج، وأن الهدف من العلاج هو ألا يستمروا هكذا. وعلى الرغم من أن الرجل العادي لا يبدو أنه يواجه مشكلة في تقرير من هو المتوافق، ومن هو غير المتوافق، إلا أن الإنسان سرعان ما يجد أن المشكلة ليست سهلة عندما يفحصها بعناية أعظم. إن مشكلة التوافق هي أساساً موضوع تقويمي، أي أنها تتضمن فكرتيّ الحسن والقبيح. فإذا ما عرف السيكولوجي ما هو حسن، فإنه بالتالي يحدد من الذي يحتاج إلى علاج، كما يحدد كذلك أهداف هذا العلاج.

ولا تقدم نظريات السلوك والشخصية وعلم النفس المرضي أية وسيلة منطقية أو منظمة لتحديد طبيعة سوء التوافق. إن تحديد السلوك الذي يمكن أن نطلق عليه سلوكاً لاتوافُقياً، وكذلك تحديد الأفراد الذي يمكن أن نطلق عليهم أفراداً غير متوافقين يعتمد أساساً على أحكام القيم النهائية للحسن والقبيح. وكل سيكولوجي إكلينيكي يجب أن يحدد هذا الحكم القيمي لنفسه. فإننا إذا اعتبرنا أناساً معينين غير متوافقين ـ كالشخص الذي لا يساير مجتمعه أو الذي لا يصادق أحداً أو يصادق عدداً ضئيلاً من الناس ولكنه يكتب أروع الشعر، أو الرجل الذي يقبض عليه وهو يرتكب فعلاً مخالفاً للقانون بوضع قطع معدنية بدلاً من النقود في آلات البيع الميكانيكية، أو المصاب بالجنسية المثلية الذي يبدو وكأنه متقبل لنفسه، أو المريض في مستشفى الأمراض العقلية الذي يظهر مشوشاً من وجهة النظر الخارجية ويبدو سعيداً مسترخياً بعد سنوات من إقامته في المستشفى ـ فإن أحكامنا عليهم سوف تعتمد على أحكام القيم الأساسية التي نأخذ بها فيما يتعلق بطبيعة التوافق. ومن الطبيعي أن الأمر يتضمن هنا أن سوء التوافق يعني ما هو أكثر من مجرد تسمية. إن هذا الحكم يتضمن أن أحداً من الناس ينبغي أن نقوم بشيء معين نحوه، وأن المجتمع، أو السيكولوجي الإكلينيكي كفرد، يجب أن يقوم بمحاولة تغيير الشخص الذي حكم عليه بسوء التوافق. وإذا ادّعينا أنه لا ينبغي لأحد محاولة تغيير آخر إلا إذا سعى هذا الآخر للتغيير، فإننا إذن نستطيع أن نتخلص من مفهوم سوء التوافق كلية ونخلي أماكن كثيرة من مستشفياتنا العقلية.

ومع بعض الاستثناء يعتقد السيكولوجيون (والمجتمع عامة على وجه اليقين) أن عليهم مسؤولية تقديم المساعدة للآخرين، أو على الأقل مساعدتهم على اكتشاف أنهم يكونون في حال أفضل إذا قاموا ببعض التغير. وبالإضافة إلى هؤلاء الذين يسعون وراء المساعدة السيكولوجية، هناك آخرون كثيرون يمكنهم الإفادة منها: ومثال ذلك الأم التي تبالغ في حماية طفلها، والفرد الذي يشكل خطراً لنفسه وللآخرين، والطفل الوحيد الذي يكون سعيداً لأنه موضع اهتمام والديه وأجداده وموضع تدليلهم وإن كان سيجد صعوبات في الحياة فيما بعد، وكذلك الراشد البادي التعاسة الذي يظهر مقتنعاً بأن صعوباته جسمية، وهو لذلك لا يسعى وراء أية مساعدة سيكولوجية. وإذا ما عادلْنا سوء التوافق بالحاجة إلى العلاج، فعلينا أن نحدد أنواع السلوك التي يتضمنها سوء التوافق.

وقد تجنب كثير من السيكولوجيين مشكلة تحديد قيمهم بصراحة. وبدلاً من ذلك اعتمدوا على مفهوم المرض الذي استعاروه من الطب، فاعتبروا ـ وفقاً لمعيار أساسي وإن يكن غير محدد ـ أن بعض أنواع السلوك (الأعراض) أو مجموعات من السلوك علامات على المرض، وأن أي فرد مصاب بمرض معين يحتاج بالتالي إلى العلاج. وعلى ذلك فلدينا أمراض السيكوباثية، والشخصية الفجة (غير الناضجة)، والأمراض العصابية، والذهانية، والعصاب القهري، وغيرها. وتتحدد الأمراض عن طريق الخبراء الموثوق فيهم، ويمكن أن نجدها مع أوصافها في بعض الكتب الأساسية. ومع ذلك أصبح السيكولوجيون الإكلينيكيون بوجه عام أقل اعتماداً على مفاهيم المرض وأصبحوا أكثر إدراكاً بحاجتهم إلى تحديد التزاماتهم الخاصة بالقيم بصورة صريحة.

ويبدو أن هناك ثلاثة مفاهيم قيمية عامة يتضمنها العمل العلاجي النفسي، ويمكن أن نطلق عليها طريقة المسايرة، وطريقة التمركز حول الذات، وطريقة التمركز حول المجتمع.

ومعيار المسايرة للتوافق يتضمن أن الإنسان ينبغي أن يتقبل قيم ثقافته، وأنه يصبح سيِّء التوافق عندما يفشل في تقبل أعراف مجتمع وأهدافه ومعتقداته. ومن الطبيعي ألا تعني هذه النظرة أن أي انحراف عن المعيار أو عن متوسط سلوك الآخرين يعتبر سوء توافق، بل أنها تعترف بأن الجماعة أو المجتمع يقوم بتجميع الأعراف والمعتقدات حول ما هو حسن وما هو قبيح في كل من السلوك والفكر. ومثل هذه الأفكار تختلف من مجتمع لآخر. ففي مجتمع ما، قد يكون التنافس الشديد حسناً، وفي مجتمع آخر قد يكون الحسن هو ألا تتنافس مع غيرك. والقضاء على سوء التوافق عن طريق الأعراض والمرض بقصد إزالة الأعراض هو صورة من صور المسايرة، أو مفهوم «السواء» للتوافق وأهداف العلاج. والاعتقاد الذي يشترك فيه عادة أغلبية أفراد المجتمع، أو على الأقل قادته، فيما يتعلق بالحسن في مقابل القبيح، هو الذي يحدد السلوك المقبول أو غير المقبول.

وعلى الرغم من أن عدداً قليلاً من السيكولوجيين الإكلينيكيين يؤيدون مثل هذا الاعتقاد، إلا أنهم كغيرهم في مجتمعنا غالباً ما يعتمدون على المسايرة كمعيار للتوافق في حالة عدم وجود مفاهيم صريحة عن القيم.

وطريقة التمركز حول الذات ترى أن المشاعر الداخلية للسعادة والشعور بالصحة والتناسق والخلو من الألم والصراع الداخلي هي معايير التوافق. فالشخص الذي يشعر بأنه أكثر تعاسة هو أسوأ توافقاً. وأساليب السلوك والأفكار أو المشاعر التي تنتج عنها مشاعر التعاسة أو الشعور بسوء الصحة هي أعراض لسوءالتوافق. وقد أكدت طريقة التحليل النفسي في العلاج وطريقة العلاج الذي يدور حول المريض هذه المعايير ضمنياً إن لم يكن بعبارات صريحة.

ووجهة نظر التمركز حول المجتمع تؤكد إسهام الفرد، وما يقوم به من سلوك نحو المجتمع. هل يسهم في خير الآخرين؟ وفي خير المجتمع ككل؟ هل يقوم بوظيفة مفيدة في المجتمع؟ ومن الممكن تطبيق نفس المعيار على بعض أنواع السلوك الخاصة. هل تسهم هذه الأنواع من السلوك، بوجه عام، في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد؟ ذلك هو تأكيد ألفرد أدلر في مفهومه عن الخير الاجتماعي، وقد شعر أدلر أن مشكلة العلاج هي مشكلة بناء الخير الاجتماعي في المريض. وكذلك قبل هاري ساليفان وهوبارت ماورر ضمنياً نفس التصور القيمي، بأن ربط ساليفان التوافق بالقدرة على حب الآخرين، وبأن ربط ماورر التوافق بتقبل المسؤولية الاجتماعية.

هذه الاتجاهات المختلفة نحو ما هو حسن وما هو قبيح (أو التوافق وسوء التوافق) ليست متصارعة دائمًا في الناس. بل على العكس، فإنها تؤدي عندما تطبق عادة إلى اختيارات متشابهة. ففي معظم الأحيان نجد من المحتمل أن يكون الفرد الذي يصفه المجتمع بأنه مثالي، هو أيضاً خال من الصراعات الداخلية الخطيرة، كما أن المحتمل أيضاً أن يكون بناء ومسهمًا بسلوكه في المجتمع. ولكن قد لا تجتمع هاتان الصفتان في شخص واحد في كثير من الحالات، ولا يستطيع السيكولوجي الإكلينيكي أن يتجنب اتخاذ قرار وفقاً لقيمه الخاصة مدعياً أن هذا لا يشكل فرقاً ذا أهمية.

ولا تتدخل القيم الاجتماعية في الحكم على التوافق وأهداف العلاج النفسي فقط، بل إنها قد تتدخل أيضاً في طرق العلاج النفسي وأساليبه. فقد أثار بعض السيكولوجيين أسئلة حول الحدود الأخلاقية للطرق التي قد يستخدمها المعالج لمحاولة تغيير المريض. وفي القيام بتغيير معتقدات المريض عن نفسه وعن

العالم الذي يعيش فيه، ما هي القيود التي ينبغي أن تفرض على المعالج في تأثيره على المريض في اتجاه أحكامه الأخلاقية الخاصة به؟

والسيكولوجيون الإكلينيكيون، كعلماء اجتماعيين، لا يزالون في حاجة لأن يكتشفوا بدقة أعظم نظم قيمهم، وما تنطوي عليه هذه النظم القيمية في ممارستهم للعلاج النفسي.

الخلاصة

قدمت الفقرات السابقة وصفاً للفروق بين النظريات التي يقوم عليها العلاج، وطرق العلاج، والتوجيه القيمي للسيكولوجيين الإكلينيكيين ولغيرهم ممن يعملون في ميدان العلاج النفسي. ومع ذلك، ربما أكدنا أكثر من اللازم بعض هذه الفروق مقدمين بذلك صورة متباينة عن العلاج النفسي أكثر مما هي بالفعل. والواقع أن هناك اتفاقاً عاماً على كثير من النقاط، وهي: إن المعالج ينبغي أن يكون متقبلا لمريضه، متعاطفاً معه، مهتمّاً به، وإن المعالج ينبغي أن يكون، إما خالياً من التشويهات الخطيرة في شخصيته، وإما أن يكون على الأقل مدركاً إدراكاً قوياً لمشكلاته، وأن يكون حذراً من إسقاطها على مرضاه، وإن من المفيد للمريض أن يقوم بدور إيجابي في العلاج قدر الإمكان، وألا يعتمد على المعالج أكثر من اللازم، وأن يحصل على فهم أعظم لنفسه، وإن هدف العلاج هو أن يجعل المريض ببساطة أقدر على مواجهة مشكلاته في المستقبل أكثر منه بالقضاء على الأعراض أو الشكاوى الحاضرة.

ومع ذلك، فلا تزال توجد فروق كبيرة بين طرق العلاج، وطول الفترة التي يتطلبها، وفعاليته، كما أن مسار العلاج قد يتباين تبايناً ملحوظاً تبعاً للمعالج. ومما لا شك فيه أن المرضى الذي يثابرون على العلاج النفسي يحصلون على فوائد عظيمة منه. ومع ذلك، فكثير من الذين يبدأون العلاج النفسي بناء على حث الآخرين لهم لا يستمرون في العلاج. ومن بين المشكلات التي ينبغي على جميع طرق العلاج النفسي تناولها هي هم هؤلاء المرضى الذين نخسرهم والذين كان يمكن مساعدتهم.

ويبدو واضحاً أن العلاج النفسي لسيئي التوافق في مجتمعنا لا يزال في

مراحله الأولى. وليست هناك طرق مقبولة قبولاً عاماً على أنها سليمة ومثالية. إن اجراءات العلاج ليست فعالة، ومن المحتمل أنها في حالات كثيرة تستغرق وقتاً أطول مما هو ضروري بكثير. ولم يبذل إلا القليل لملاءمة طريقة معينة لمريض معين. وباختصار، إن ممارسة العلاج النفسي أمر فردي جداً، أو فن ذاتي من جانب المعالج. ومن الواضح أن هذا المجال من الممارسة السيكولوجية في حاجة ملحة لتقدم علمي؛ وقد يأتي هذا التقدم من نتيجة فهم أكثر ملاءمة للشخصية، وكيفية نموها وتطورها، وكيفية تغيرها. والسيكولوجيون، ببذل جهد أكبر لتطبيق معلوماتهم في ميادين التعلم الإنساني والتفاعل الاجتماعي، يصبحون في مركز أفضل بوجه خاص للمساعدة في تقديم إسهامات جديدة في ممارسة العلاج النفسي.

الفصل السادس

مكانة علم النّفس الإكلينيكي في الوقت الحاضر

اخترع الإنسان آلات عجيبة كثيرة بعضها معقد لدرجة أن عدداً قليلاً فقط من الذين حصلوا على تدريب كبير هم ا لذين يستطيعون فهم عملها فهمًا كاملاً. ولكن الإنسان نفسه أشد تعقيداً بكثير من أي شيء آخر اخترعه. ويعتبر فهم الإنسان، والتنبُّؤ بسلوكه، وتغييره بطريقة يمكن توقعها عملاً ينطوي على تحد عظيم. ولم تبدأ محاولة فهم الإنسان من وجهة النظر العلمية - أي باعتباره كائناً يتبع القوانين الطبيعية - إلا حديثاً. ولم تتميز العلوم الطبيعية والفيزيقية بالتاريخ الطويل فحسب، ولكن بأنها قادرة أيضاً على دراسة موضوعها تحت ظروف يمكن ضبطها نسبياً. فنتائج الضغط يمكن ملاحظتها مع نتائج الحرارة المضبوطة. وبناء الكائنات الحية التي تتكون من خلية واحدة يمكن فحصه تحت الميكروسكوب، وكذلك يمكن دراسة نموها وانحلالها في جميع الأوساط الكيميائية. أما في دراسة الإنسان فنحن لا نتعامل مع موضوع معقد فقط، بل مع موضوع لا يمكن معالجته تجريبياً بسهولة. فالإنسان هو موضوع اهتمامه العلمي، وخبرات الإنسان الشخصية تحدد من قدرته على الدراسة غير المتحيِّزة.

وثمة مشكلة خاصة بدراسة الإنسان في مقابل العلوم الأخرى، وهي أن علم النفس علم تاريخي، على الأقل في جزء منه. وعادة، يجب على الإنسان لكي يفهم موضوعاً فيزيقياً أن يدرك خواصه الفيزيقية (المادية) الحالية. وليست لدينا في الوقت الحاضر أية فكرة طفيفة عن الخواص الفيزيقية للخبرة الماضية، وإن كنا نعلم أن كل خبرة تغير من الكائن الحي. وعلى ذلك، فلكي نفهم سلوك الإنسان ونتنبأ به، ينبغي علينا أن ندرك كل ما يمكن إدراكه عن خبرته الماضية. وما دام لا يوجد شخصان لهما نفس الخبرات، ولا يبدآن بنفس إمكانيات الاستجابة بصورة متعادلة لنفس الخبرات، فكل شخص يعتبر شخصاً فريداً متميزاً عن غيره، ومن الصعب جداً الوصول إلى قوانين عامة عن سلوكه. والعالم الحذر لا يجد فقط صعوبة بالغة في الوصول إلى تعميمات، بل إنه ليجد صعوبة أكبر في اختبار صدق هذه التعميمات، لأن من الضروري أن يختبر هذا الصدق بالنسبة لأفراد متعددين في الوقت نفسه مع عدم التغاضي عن فردية كل منهم.

ما هو مدى صدق الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الوقت الحاضر؟

في ضوء هذه الاعتبارات، لا نجد ما يبعث على الدهشة في أن نواجه صعوبة في الوصول إلى تقديرات دقيقة عن صدق الممارسات الإكلينيكية في الوقت الحاضر. وعلى الرغم من أن بعض الاختبارات قد تفشل في التنبؤ بقدر معقول بسلوك الأفراد الذين تجري عليهم التجربة في مواقف معملية مضبوطة، إلا أن الإكلينيكي قد يؤكد، مع ذلك، أن الاختبارات ملائمة جداً في حالات متطرفة للتنبؤ فيما يتعلق بظروف الحياة العامة. ومن الناحية الأخرى، فإنه ليس من الواضح وضوحاً ذاتياً أن البرهان على فعالية بعض الاختبارات وتنبؤها في «المواقف المعملية غير الهامة» نسبياً، يمكن أن يفيد ـ بنفس الدرجة ـ في التنبؤ بالسلوك في مواقف الحياة الهامة. لقد أجريت مئات الدراسات لاختبار صدق اختبار رورشاخ، إلا أنه من الضروري القول بأن صدق هذا الاختبار غير معروف، وأن فائدته تعتمد إلى حد كبير على الشخص الذي يستخدمه.

ويبدو أنه من الثابت بدرجة كبيرة أن السيكولوجي قادر، باختبارات القدرة العامة، على القيام بتنبوءات هامة وذات دلالة على أساس جمعي فيما

يتعلق بإمكانية تعلم المواد الأكاديمية، ولكن لا تزال إمكانية الوقوع في أخطاء خطيرة كثيرة في التنبُّؤ والوقوع فيها بالفعل أمراً ممكناً بالنسبة لأي فرد معين إذا لم يأخذ المختبر في اعتباره جميع الظروف التي تدخل في موقف الاختبار، وحقائق أخرى هامة عن الفرد. وعلى ذلك، فحتى لو كانت الاختبارات متطورة تطوراً تاماً، ومؤلفة بعناية وموضوعية، فإن التنبُّؤ بسلوك فرد معين هو أساساً عملية ذاتية تعتمد على الخبرة والاتجاه النظري. ومن الواضح أيضاً أن الكثيرين بما فيهم السيكولوجيون، قد أخذوا بمفهوم عام أو واسع جداً للقدرة. إن التنبُّؤ الحذر الدقيق للسلوك سوف يتطلب في النهاية تطوير اختبارات أكثر نوعية للقدرات الخاصة.

ومقاييس الشخصية والتشخيص لا يعيبها فقط وجود صعوبة في تصور المتغيرات الأساسية، وتأثير الموقف الاجتماعي للاختبار نفسه (وهو في العادة أكبر منه في حالة اختبارات القدرات) على استجابات الفرد على الاختبار، بل تواجه أيضاً صعوبة في مشكلة ما إذا كان الاختبار يقيس ما يفترض أنه يقيسه. خذ، مثلاً، اختباراً يدّعي أنه يقيس رغبة الفرد اللاشعورية في مهاجمة الآخرين (العدوان المكبوت)، كيف نعرف ما إذا كان الاختبار دقيقاً أم لا؟ إننا لا نستطيع أن نسأل المفحوص ما دام غير مدرك لرغباته اللاشعورية، وإذا أخذنا رأي «أحد الخبراء» أو حكمه، فنكون بذلك قد تقبلنا نفس البيانات التي نرغب في تجنبها باستخدام اختبار أكثر موضوعية. إن مشكلة صدق اختبارات الشخصية ليست مما لا يمكن التغلب عليه، ولكنها مع ذلك صعبة ومعقدة. وفيما يتعلق باختبارات الشخصية بعامة يمكننا القول بأن بعض الاختبارات تحت ظروف معينة تتنبأ بما تدعي التنبُّؤ به أو بدرجة أحسن من مجرد الصدفة. بل إن فهم دلالة الاستجابات على بعض مقاييس الشخصية يتطلب، بدرجة أكبر مما عليه الحال بالنسبة لاختبارات الذكاء، التحليل والحكم الذاتيين، ليس فقط فيما يتعلق بالاختبار والظروف التي أجري في ظلها، بل فيما يتعلق أيضاً بقدر كبير من المعلومات الأخرى عن الشخص.

ما هو مدى فعالية العلاج النفسي؟

ينبغي أن يكون واضحاً أنه على الرغم من أن كثيراً من الناس يطرحون هذا السؤال إلا أنه ليس ثمة إجابة عليه. أي نوع من أنواع العلاج النفسي؟

مع أي نوع من المرضى؟ بأي صنف من المعالجين؟ إن الطريقة قد تكون فعالة جداً بالنسبة لمريض، ولكنها لا تساعد مريضا آخر. وقد تكون فعالة في يدي معالج، ولكن غير فعّالة في يدي معالج آخر.

إن البيانات الخاصة بفعالية العلاج النفسي تعتمد غالباً إما على الحكم الذاتي للأفراد المنحازين ذوي المصلحة في البرهنة على الأسلوب الذي يعتبرونه فعالاً، أو على مقاييس للشخصية صدقها محدود أو غير معروف. ومما لا شك فيه أن كثيراً من المرضى يستفيدون من العلاج النفسي، ولكن أن نلاحظ هذا شيء، وأن نكون قادرين على التنبُّؤ بمن هم الذين يفيدون منه وتحت أي ظروف شيء آخر. وليس واضحاً كذلك، في حالة استفادة فرد ما من العلاج النفسي، ما إذا كان من الممكن أن يحقق نفس القدر من التقدم نحو التوافق أو أكثر منه بأساليب أخرى من العلاج النفسي التي يحتمل أن تكون أقصر وأكثر فعالية.

وبنمو ممارسة علم النفس الإكلينيكي، وبازدياد عدد الذين يكتشفون إمكاناته، ازداد الطلب على خدماته بسرعة أكبر. ومن الواضح أن كثيراً جداً من الأفراد في حاجة لمساعدة سيكولوجية لكي يعيشوا حياة أسعد وأكثر بنائية بحيث ظهرت حاجة قوية إلى أساليب علاج تسمح بمعالجة الكثيرين على أيدي القليلين.

وباختصار، هناك إجماع عام على أن فعالية الممارسات النفسية الإكلينيكية الحالية ودقتها وقيمتها محدودة. وعلم النفس الإكلينيكي كعلم تطبيقي لا يزال في طفولته. ويرجع جزء كبير من هذه الصعوبة إلى أن العلم الذي يقوم عليه أي علم النفس ودراسة السلوك الإنساني، هو نفسه لا يزال في طور طفولته بحيث أن ما يقوم به السيكولوجي الإكلينيكي لا يزال يعتمد إلى حد كبير على الأحكام الذاتية أكثر منه على تطبيق دقيق لقوانين معروفة للسلوك الإنساني. وكثيراً ما يصل أولا إلى قواعد ووصفات ثم يحاول أن يضع نظرية تبرر هذه القواعد والوصفات فيما بعد. وفي النهاية سوف يراجع السيكولوجيون الإكلينيكيون اتجاهاتهم الفكرية في دراسة الطبيعة الإنسانية مرات عدة قبل أن يحققوا دقة كبيرة في التنبُّؤ بالسلوك الإنساني.

وعلى الرغم من أن القواعد التقريبية والوصفات والاستبصارات العملية

التي توصل إليها السيكولوجيون الإكلينيكيون عن طريق الممارسة تمثل التقدم والتحسن اللذين طرآ على الطرق القديمة، إلا أنها لا تزال محدودة، بل أكثر من ذلك فإنها تطبق غالباً تطبيقاً خاطئاً وغير فعّال. والطب العام أيضاً قد يتعثر أحياناً في الوصول إلى علاج حقيقي، ولكن عندما يعوزنا الفهم التام للتأثير العلمي لدواء معين لمرض معين، فإننا نجد أن الممارسين يسيئون استخدام الدواء، ويؤدي ذلك أحياناً إلى أضرار أكثر مما يؤدي إلى فوائد. ولهذه الأسباب لا يمكن للسيكولوجي الإكلينيكي أن يعتبر نفسه مجرد ممارس، ذلك أن أمامه الشيء الكثير الذي يجب أن يتعلمه عن السلوك الإنساني قبل أن يشعر بالراحة والرضا بطرق ممارسته الحالية.

تدريب السيكولوجيين الإكلينيكيين

في ضوء المناقشة السابقة، يبدو من الملائم أن تكون الدرجة العلمية التي يجب أن يحصل عليها السيكولوجيون الإكلينيكيون هي درجة الدكتوراه في الفلسفة. وهذا لا يزال يعني في معظم الجامعات أن يصل الفرد إلى مستوى الدارس أو العالم الساعي وراء المعرفة. وهذه الدرجة تعني قدرة الفرد على تعلم وتحليل ما هو معروف أكثر من الحصول على شهادة بأن الفرد قد تمكن من السيطرة على بعض مهارات الممارسة القائمة بالفعل.

إن جوهر علم النفس الإكلينيكي هو دراسة السلوك الإنساني المعقد. ويجب على السيكولوجي الإكلينيكي الذي سوف يسهم في المعرفة في ميدانه أن يفهم النظرية السيكولوجيه، وبناء النظرية، ومناهج البحث. إن تعليم المهارات العملية لا يمكن أن يحل محل المعرفة الأساسية في هذا الميدان.

ومع ذلك ينبغي على السيكولوجي الإكلينيكي، باعتباره متمايزاً عن السيكولوجيين الآخرين، أن يتعلم ما يجب أن يتعلمه من طرق الممارسة المتاحة، وأن يحصل على الخبرة في استخدامها تحت إشراف أساتذته، وعليه أيضاً أن يجتاز عمليات فحص دقيقة ما دامت شخصيته وتوافقه عاملين هامين في إمكانية القيام بممارسة العلاج. وكنتيجة لذلك يضاف تعلم المهارات العملية في كل من المؤسسات الأكاديمية والإكلينيكية في معظم الجامعات إلى المنهج الأساسي المفروض على جميع السيكولوجيين. ومتوسط الوقت اللازم للحصول على درجة

دكتوراه الفلسفة من أربع إلى خمس سنوات من الدراسة العليا المتفرغة. ويتضمن هذا عادة سنة امتياز يتم فيها التدريب تحت إشراف دقيق في مؤسسة تقدم الخدمات الإكلينيكية. وعندما ينتهي الطالب من تدريبه يصبح في إمكانه أن يضيف إلى المهن الأخرى التي تعمل في ميدان الصحة العقلية تدريبه الخاص في النواحي النظرية وفي البحث.

ويبدو أن أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين وقتاً طويلاً سوف يظلون يعملون فيه كساعين وراء المعرفة في الوقت الذي يمارسون فيه العمل الإكلينيكي، ولذلك فهم يحتاجون إلى تدريب طويل. ومع ذلك، فإن كثيراً من المهارات الخاصة يمكن أن يتعلمها من لم يحصلوا على تعليم عالٍ طويل المدى. وإن الحاجة إلى من يمارس طرقا علاجية خاصة - مثل العلاج السلوكي أو العلاج المساند (المؤيد) مثل هذا الذي يستخدمه المرافقون للمرضى الذهانيين المودعين في المستشفيات - والحاجة إلى مرشدين عطوفين في الأحياء الفقيرة من المدن الكبرى، والحاجة إلى مساعدي البحوث، ومطبقي الاختبارات، وبعض الأدوار الهامة الأخرى يمكن أن يسدّها أناس مختارون بعناية ومدربون تدريباً أقل بكثير مما هو مطلوب الآن. والواقع أن السيكولوجيين الإكلينيكيين قد بدأوا القيام بدور هام في انتقاء مثل هؤلاء العاملين وتدريبهم.

وغالباً ما يتوقع طالب الدراسات العليا المبتدىء الذي يعمل للحصول على درجة في علم النفس الإكلينيكي أنه سوف يتعلم عدداً من المهارات الرائعة، وإن تكن غامضة في بعض الأحيان، وهي المهارات التي يستطيع عندئذ أن يمارسها لكي يساعد كثيراً من الناس. ولكنه يصاب في كثير من الأحيان بخيبة أمل حين يكتشف أن وقتاً عظيماً ينقضي في تعلم أساسيات علم النفس أكثر منه في تعلم المهارات العملية، وأن المهارات العملية ليست حاسمة ومتفق عليها كما كان يتوقع. وعلى الرغم من أن هذا الأمر غير مشجع من بعض الوجوه، إلا أن برنامجاً جهداً للتدريب يؤكد له أنه في ميدان جديد ومثير يجد فيه فرصة التعلم والإسهام في تقدم المعرفة.

وقد أدى التعقد الهائل في دراسة السلوك الإنساني والتنبؤ به علمياً إلى يأس بعض السيكولوجيين وغيرهم من حل المشكلة، وهم قد يحاولون بدلاً من حل المشكلة التوصل إلى طرق مبسطة لتقديم المساعدة دون فهم، أو قد

يؤكدون أن الحدس هو فقط الممكن، وأن الفهم العلمي مستحيل. إن في هذا العالم من التعاسة الشديدة ما يمنع من الخضوع لمثل هذه الفلسفة الانهزامية. إن صعوبة فهم الأمراض «الجسمية» ومعالجتها قد أدت إلى اتجاهات جبرية مشابهة في عصور ماضية، ولكن الدراسات المستمرة والدؤوبة التي قام بها البيولوجيون، والفسيولوجيون، والكيميائيون الحيويون، والفيزيقيون، وغيرهم أدت في النهاية إلى تقدم كبير في علاج الأمراض، وفي فهم كيف يقوم الجسم بوظائفه. ومن الممكن بالمثل أن تؤدي الدراسة الدقيقة الدؤوبة التي يقوم بها السيكولوجيون الإكلينيكيون للسلوك المعقد إلى فوائد مماثلة للجنس البشري.

معجم للمصطلحات
الواردة في الكتاب

إخصائي اجتماعي Social Worker:

شخص مدرب تدريباً مهنياً اهتمامه الأساسي مساعدة الفرد أو الأسرة في توافقه مع البيئة المحلية الاجتماعية.

انتقاء ـ اختيار Selection:

يشير الانتقاء ـ في علم النفس ـ إلى عملية تحديد أي الأفراد من بين مجموعة كبيرة هم أكثر احتمالاً لأن يتفقوا مع معيار معين، كانتقاء مجموعة من طلبة الكليات تكون أفضل المتقدمين، أو انتقاء الأفراد الأكثر اضطراباً.

انحياز Bias:

تشير كلمة انحياز في الاختبارات والبحوث النفسية إلى التأثير في استجابات الاختبارات أو تفسيراتها أو النتائج التجريبية، كنتيجة للاتجاهات الشعورية أو اللاشعورية للمختبر أو المجرب.

تشيىء Reification:

معالجة المجرد كما لو كان شيئاً حقيقياً وله وجود مستقل في مكان وزمان.

تعميم Generalization :

مصطلح يشير - في العلاج النفسي - إلى التغير الذي ينشأ أثناء الموقف العلاجي في الاتجاه أو السلوك، أو في العلاقة مع المعالج على المواقف والأفراد خارج غرفة العلاج.

تعويض Compensation :

مصطلح ينسب عادة إلى ألفرد أدلر، ويشير لفظ تعويض إلى محاولة تلافي نقص أو عدم ملائمة يشعر به الفرد بمحاولة النجاح أو التفوق في ميدان آخر من ميادين السعي

تعويض زائد Overcompensation :

مفهوم استخدمه ألفرد أدلر، يشير الى التعويض عن دونية أو عدم ملائمة يشعر بها ألفرد بمحاولة التفوق في نفس مجال السعي الذي يشعر فيه الفرد بالدونية.

تمييز Discrimination :

قدرة ألفرد على أن ينتقي استجابة أو أن يستجيب بطريقة مختلفة لمثيرين أو أكثر كأن يستجيب لها على اعتبار أنها متشابهة أو أنها واحدة.

حكم ذاتي Egocentric Predicament :

حكم الفرد الذي يدرك العالم من حيث كيفية تأثيره عليه فقط، وبالتالي يصبح أقل قدرة على الوصول إلى تقييم «موضوعي» أو «إجتماعي» أو «سوي» للناس والأحداث الموجودين في ظروف حياته.

ديناميات نفسية Psychodynamics :

دراسة الأسس الدافعية وراء السلوك.

ذاتي Subjective :

الملاحظات الذاتية، والقياسات الذاتية، والتفسيرات الذاتية هي التي لا يكون الوصول فيها إلى الأحكام واضحاً أو صريحاً بأكمله، وبالتالي يعتمد إلى حد كبير على الفرد الذي يقوم بالحكم.

رمزية Symvblism :

عرض فكرة أو رغبة أو موضوع بصورة أو شيء آخر يمثل الشيء الأصلي.

طبيب عقلي (نفسي) سيكياتري Psychiatrist :

إخصائي يهتم أساساً بالاضطرابات العقلية والعصبية وحاصل على تدريبه الأساسي الأول في الطب.

علم أسباب الأمراض Etiology :

يستخدم هذا المصطلح لوصف الأسس أو الأسباب أو الظروف السابقة الأساسية والحتمية للإصابة باضطراب ما.

غير واقعي Irreal :

مصطلح وضعه كيرت ليفين، والسلوك غير الواقعي هو الذي يتجه إلى الحصول على إشباعات بطريق لا يعتبره المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد واقعياً، ومثال ذلك أحلام اليقظة، وبعض الأفعال الرمزية الشاذة.

فترة الانتكاس ـ فترة الارتداد Intvolutional Period :

فترة من الحياة تمتد عادة بين سن ٣٨ و ٥٥ ترتبط عادة، ولكن ليس بالضرورة، بانخفاض ملحوظ في نشاط الغدد التناسلية.

لوحة أشكال Form Boord :

جهاز لاختبار القدرة على التمييز بين الأشكال والتآزر البصري الحركي (بين العين واليد) وفيه يطلب من المفحوص عادة أن يضع قطعاً ذات أشكال مختلفة في فراغات من نفس الشكل تماماً بأسرع ما يمكنه.

متغير Variable :

مصطلح أو مفهوم أو تكوين ـ في علم النفس ـ يمكن أن يتحدد باستمرار من شخص لآخر أو من موقف لآخر.

مناطق الترابط (في المخ) Association Areas (of the Brain) :

أجزاء اللحاء المتوسط التي لا تسيطر مباشرة على الوظائف الحسية أو الحركية (مثل السمع والبصر والتآزر الحركي) ولكن يفترض أنها تدخل في العمليات العقلية العليا.

معايير Norms :

مجموعة قياسات بعض أنواع السلوك أو استجابات الاختبارات التي تبين كيف يتوزع أفراد عينة من المجتمع فيما يتعلق بالسلوك أو الاختبار الذي يقاس.

موقف اختباري مقنن Standard Test Situation :

الموقف الاختباري المقنن تطبق فيه نفس الإجراءات على جميع المفحوصين، أي التعليمات ونظام عرض البنود، وتتشابه استجابات المختبر من شخص لآخر قدر الإمكان.

موضوعي Objective :

القياس أو الملاحظة أو التفسير الموضوعي هو الذي يعتبر عامة مستقلاً عن الشخص الذي يقوم به بحيث أن عدداً من الأفراد حاصلين بالتساوي على نفس التدريب يحصلون جميعاً على نفس الدرجة أو الوصف.

هذاء ـ هذيان Delusion :

فكرة أو اعتقاد ينظر إليها عادة على أنها تشويه بيِّن للواقع، ويراها على هذا النحو تقريباً جميع أفراد الجماعة الثقافية الفرعية التي ينتمي إليها الفرد الذي يتمسك بهذا الاعتقاد.

هلوسة Hallucination :

ردود أفعال حسية حيث لا يوجد مثير خارجي ملائم، مثل، سماع أحداث أو أبعاد مرئية وغير ذلك.

وصف عام أو شائع Nomothetic :

يشير إلى الوصف الذي يتميز به الفرد من حيث اختلافه المطلق والنسبي عن الآخرين، ويتضمن استخدام المعايير الرسمية أو غير الرسمية.

قراءات مختارة

فيما يلي قائمة بأسماء الكتب التي تقدّم للقارئ وصفاً مختلفاً أو أكثر تفصيلاً للموضوعات التي وردت في هذا المؤلف . وتغطي القراءات العامة ميدان علم النفس الإكلينيكي بأكمله وتنطبق على جميع الفصول . وتعقب ذلك قراءات إضافية وثيقة الصلة بمحتويات كل فصل من الفصول .

قراءات عامة :

ROTTER, J. B. *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, Inc., 1954.

SUNDBERG. N. D., and TYLER. L. E. *Clinical Psychology*. New York : Appleton-Century-Grofts. 1962.

الفصل الأول :

WEBB. W. B., ed. *The Profession of Psychology*. New York : Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1962.

WOLMAN. B. B., ed, *Handbook of Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1965.

الفصل الثاني :

ROTTER. J. B. "An Historical and Theoretical Analysis of Some Broad Trends in Clinical Psychology." In: *Psychology. A study of a Science*, S. Koch. ed., Vol. 5, New York : McGraw-Hill Book Company, 1963.

الفصل الثالث :

LOUTTIT. C. M. *Clinical Psychology of Exceptional Children.* New York : Harper & Row. Publishers. 1957.

MUSSEN. P. H. *The Psychological Development of the Child.* Englewood Cliffs. N. J. Prentice-Hall, Inc, 1963.

SARASON. S. B., and DORIS. J. *Psychological Problems in Mental Deficiency.* 4th ed., New York : Harper & Row, Publishers, 1969.

TYLER. L. E. *Tests and Measurments.* Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall. Inc., 1963.

الفصل الرابع :

ALLPORT. G. W. *Pattern and Growth in Personality.* New York : Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1961.

CATTELL. R. B. "Personality Theory Growing from Multivariate Research." In *Psychology, A Study of a Science,* S. Koch, ed., Vol. 3 New York : McGraw-Hill Book Company, 1959.

HALL. C. S. *A Primer of Freudian Psychology.* Cleveland : The World Publishing Company, 1954.

HALL. C. S., and LINDZEY. G. *Theories of Personality.* New York : John Wiley & Sons. Inc., 1957.

LAZARUS. R. S. *Personality and Adjustment.* Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall. Inc., 1963.

MAHER. B., *Principles of Psychopathology.* New York : McGraw-Hill Book Company, 1966.

MURSTEIN. B. I. *Handbook of Projective Techniques.* New York : Basic Books, Inc, Publishers, 1965.

ROTTER. J. B.; PHARES, E. J.; and CHANCE. J. eds. *Applications of a Social Learning Theory of Personality.* New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc., in press.

الفصل الخامس :

ADLER. A. *Social Interest : A Challenge to Mankind.* New York : The World Publishing Company, 1954.

ALLEN. F. H. *Psychotherapy With Children.* New York : W. W. Norton & Company, Inc., 1942.

GOLDSTEIN. A. P.: SECHREST. L. B.; and HELLER. R. *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change.* New York: John Wiley & Sons, Inc., 1966.

MUNROE. R. L. *Schools of Psychoanalytic Thought.* New York : Holt, Rinehart & Winston, Inc., Dryden Press. 1955.

RANK O. *Will Therapy.* New York : Alfred A. Knopf, Inc., 1936.

ROGERS. C. R. *On Becoming a Person.* Boston : Houghton Mifflin Company, 1961.

ULLMAN. L. and KRSNER. L., *Case Studies in Behavior Modification.* New York : Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1965.

الفصل السادس :

ROE. A., et al., eds. *Graduate Education in Psychology.* Washington, D. C., American Psychological Assn., Inc., 1959.

مراجع عربية(*)

١ ـ إبراهيم، عبد الستار؛ العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان (سلسلة عالم المعرفة ـ ٢٧) المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٨٠.
٢ ـ إسماعيل، محمد عماد الدين؛ الشخصية والعلاج النفسي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية القاهرة ١٩٥٩.
٣ ـ الزيادي، محمود؛ علم النفس الإكلينيكي: التشخيص؛ مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة، ١٩٦٩.
٤ ـ جرينوالد، هارولد؛ نماذج مختارة من التحليل والعلاج النفسي (ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة) القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٦٥.
٥ ـ مليكة، لويس كامل؛ علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٧.

(*) أضاف المترجم هذه المراجع العربية في ميدان علم النفس الإكلينيكي إذا شاء القارىء وصفاً مختلفاً أو أكثر تفصيلاً للموضوعات التي وردت في هذا الكتاب [المترجم].

٦ ـ هاربر، روبرت (ترجمة سعد جلال) التحليل والعلاج النفسي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٤ .
٧ ـ هنا، عطية محمود وهنا، محمد سامي، علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول: التشخيص النفسي، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٦ .

دليل

[أ]

* اختبار ومقياس يستخدمان بمعنى واحد أو بالتبادل.

** اتفق معظم السيكولوجيون العرب على إطلاق اختبار على Inventory بدلاً من قائمة.

[ب]

[ت]

[ج]

[ح]

[خ]

[د]

[ذ]

[ر]

[ز]

[س]

[ش]

* هـ = هامش.

[غ]

[ف]

[ق]

[ك]

مَكتَبَة أصُول عِلم النَفْس الحَديْث

يشرف على ترجمتها
الدكتور محمد عثمان نجاتي

صدر منها:

- علم النفس الإكلينيكي: تأليف جوليان ب. روتر
  ترجمة الدكتور عطية محمود هنا.
  أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس وجامعة الكويت.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- علم نفس الشواذ: تأليف شيلدون كاشدان
  ترجمة الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة.
  أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر وجامعة الرياض.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- الشخصية: تأليف ريتشارد س. لازاروس
  ترجمة الدكتور سيد محمد غنيم.
  أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس وجامعة الإمارات العربية.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- التعلم: تأليف سارنوف د. ميدنيك، وهوارد د. پوليو، واليزابث ف. لوفتاس.
  ترجمة الدكتور محمد عماد الدين إسماعيل،
  أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس وجامعة الكويت.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- الاختبارات والمقاييس: تأليف ليونا ا. تايلر
  ترجمة الدكتور سعد عبد الرحمن
  أستاذ علم النفس بجامعة الكويت
  الطبعة الأولى، ١٩٨٣

دار الشروق

مكتبة التحليل النفسي والعلاج النفسي

بإشراف الدكتور محمد عثمان نجاتي

- معالم التحليل النفسي — تأليف سيجمند فرويد ، ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي ، الطبعة الخامسة، ١٩٨٣ .
- الأنا والهو — تأليف سيجمند فرويد ، ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي ، الطبعة الرابعة، ١٩٨٢ .
- الكف والعَرَض والقلق — تأليف سيجمند فرويد ، ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي، الطبعة الثالثة، ١٩٨٣ .
- ثلاث رسائل في نظرية الجنس — تأليف سيجمند فرويد ، ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي، الطبعة الثانية، ١٩٨٤ .

دار الشروق

مطابع الشروق

بيروت: ص.ب: [illegible] - هاتف: [illegible] - برقياً: داشروق - تلكس: SHOROK [illegible] LE

القاهرة: ١٦ شارع جواد حسني - هاتف: [illegible] - برقياً: شروقس - تلكس: [illegible] SHROK UN

